



IPBeja
INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Abordagem dos enfermeiros do serviço de urgência face à pessoa com tentativa de suicídio

Maria José Rafael Charneco

Orientação: Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Abordagem dos enfermeiros do serviço de urgência face à pessoa com tentativa de suicídio

Maria José Rafael Charneco

Orientação: Professor Doutor Joaquim de Oliveira Lopes

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica

Relatório de Estágio

Évora, 2018

Resumo

O presente relatório traduz o processo de aprendizagem desenvolvido ao longo do Curso de Mestrado em Associação em Enfermagem com Especialização em Saúde Mental e Psiquiatria e foi promotor de aquisição de competências com base em conhecimentos e capacidades de compreensão a nível avançado na área científica da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020. (WHO, 2014)

Este projeto teve como alvo os enfermeiros de um serviço de urgência geral de uma Unidade de Saúde Local (ULS) e teve como objetivos identificar quais são as atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência geral perante a pessoa com comportamento da esfera suicidária e discriminar qual o acompanhamento proporcionado à pessoa com comportamento suicidário, enquanto permanece no serviço de urgência geral. Foi utilizada a Metodologia de Projeto. Delineámos como objetivos do relatório, apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido no Estágio Final integrado no Mestrado em Associação, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e apresentar o desenvolvimento de Competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

A avaliação da implementação do projeto, permitiu concluir que apesar de já existir um grupo de trabalho nesta área no Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM), com a assimilação de um elemento do SU, permitiu uma melhoria considerável na articulação entre os dois serviços, bem como a construção de uma rede de referenciação dos doentes e sistematização dos registos.

Palavras-Chave: Atitudes; enfermeiros, comportamento suicidário, Serviço de Urgência, Enfermagem de Saúde Mental.

Abstract – Approach of the nurses of the emergency service to the person with the suicidal behavior sphere

The present report translates the process of learning developed during the Master's Degree in Nursing Association with Specialization in Mental Health and Psychiatry and was the promotor of aquisition of competences based on knowledge and abilities of advanced comprehension on the scientific area of Mental and Psychiatric Health Nursing.

The suicide represents annually around one million deaths, this number is expected to increase to 1.5 million in 2020. (WHO, 2014).

This project had nurses of the General Emergency Room of a Local Health Unit as its study group. Its objectives were to identify attitudes of emergency room nurses towards persons with suicidal behaviour, and to distinguish appropriate accompaniment of these persons during their stay in the general emergency room. This was done using Project Methodology. We have outlines has report objective present the project of intervention in service developed on the final stage integrated on the masters in association with the specialization on mental and psychiatric health nursing and present the development of master competencies and specialized nurse in mental and psychiatric health.

The evaluation of the project implementation allowed to conclude that, although there is already a working group within the DPSM, with the assimilation of an element of the SU, it allowed a considerable improvement in the articulation between the two services, as well as the construction of a network patient referral and systematization of registries.

Keywords: Attitudes, nurses, suicidal behaviour, Emergency Room, Mental Health Nursing.

Agradecimentos

À minha família,
pela compreensão nos momentos tão frequentemente ausente

Aos meus amigos,
pelo apoio incondicional neste percurso

Ao Professor Joaquim de Oliveira Lopes,
pela sua disponibilidade e palavras encorajadoras

À Enfermeira Augusta Silva, à Enfermeira Aida Pardal, ao Enfermeiro Joaquim Brissos e à

Dra. Ana Matos Pires pelo apoio ao longo deste trajeto.

Às equipas de enfermagem da Unidade de Internamento de Psiquiatria (UIP) e Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental e (DPSM)
pela forma calorosa como me acolheram na equipa.

À equipa de enfermagem do Serviço de Urgência Geral

pela colaboração no projeto.

Aos utentes e cuidadores informais
sem os quais este trabalho e percurso não teriam sido possíveis

A todos os que me apoiaram nesta caminhada

“knowledge is of no value unless you put it into practice”
Anton chekhov

LISTA DE ABREVIATURAS

APA– *American Psychiatric Association*

ATAS – Q – *Attitudes Towards Attempted Suicide – Questionnaire*

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM – *Disorders Statistic Mental*

ECSM - Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

INE – Instituto Nacional de Estatística

IVM - Ingestão Voluntária Medicamentosa

NZGG – New Zealand Guidelines Group

OMS – Organização Mundial Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNAO – Registered Nurses’ Association of Ontario

SPS – Sociedade Portuguesa de Suicidologia

SU - Serviço de Urgência

TS- Tentativa de Suicídio

UIP - Unidade de Internamento de Psiquiatria

ULS- Unidade Local de Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO.....	13
1. PROBLEMÁTICA	13
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	15
2.1.Suicídio e comportamentos da esfera suicidária.....	15
2.2.Etiologia e Epidemiologia.....	19
2.3. Fatores de risco e fatores de proteção.....	24
2.3.1.Identificação e avaliação do risco.....	27
2.4. Atitudes dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamentos da esfera suicidária.....	30
2.5. A tentativa de suicídio como foco de atenção de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.....	34
2.5.1.A importância de uma visão sistémica: Modelo de Sistemas de Betty Neuman.....	39
3. METODOLOGIA DE PROJETO.....	43
3.1. Caracterização do contexto	45
3.2. Questões de partida.....	51
3.3. Diagnóstico de situação	51
3.3.1.População e amostra do estudo.....	55
3.3.2.Colheita de dados.....	58
3.3.3.Tratamento dos Dados.....	59
3.3.4.Resultados obtidos	59
3.3.5. Limitações do estudo.....	78
3.4. Planeamento.....	78
3.5. Intervenções.....	81
3.6. Avaliação de resultados.....	83
3.7. Divulgação.....	84
3.8. Questões éticas.....	85
PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	87
1. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	87
2. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA.....	95
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	102
BIBLIOGRAFIA	104

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Taxa bruta de mortalidade por suicídio	CXIV
Apêndice II – Número de óbitos por suicídio por concelhos	CXV
Apêndice III – Sessões de reestruturação cognitiva	CXVI
Apêndice IV – Plano de Formação.....	CXVII
Apêndice V – Formulário de avaliação e referenciação da pessoa com comportamentos suicidários	CXVIII
Apêndice VI – Estudo de Caso	CXIX
Apêndice VII – Revisão integrativa – “Abordagem dos enfermeiros no SU face à pessoa com comportamento da esfera suicidária”	CXX

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A - <i>Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool – ATAS -Q</i>	CXXII
Anexo B – Pedido de autorização para aplicação do questionário S13.....	CXXIII
Anexo C – Requerimento à Comissão de Ética da Universidade de Évora.....	CXXIV
Anexo D- Pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULS	CXXV
Anexo E – Pedido de parecer da Comissão de Ética da ULS.....	CXXVI
Anexo F – Comprovativo de frequência do Curso sobre a Intervenção na Perda, Morte e Luto.....	CXXVII
Anexo G – Comprovativo de frequência do Curso de Iniciação à Defesa Pessoal	CXXVIII
Anexo H – Pré -programa do 7º Congresso da Associação Psiquiátrica Alentejana	CXXVIX

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura nº 1 – Comportamentos suicidários segundo Leo.....	18
Figura nº 2 – Avaliação do Risco de Suicídio.....	28

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico nº 1 – Amostra do estudo	56
Gráfico nº 2 – Distribuição dos enfermeiros do SU segundo Benner.....	57

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº 1 - Taxa bruta de mortalidade por suicídio.....	20
Quadro nº 2 – Suicídio por região	20
Quadro nº 3 – Suicídios por faixa etária	21
Quadro nº 4 – Suicídios por género	21
Quadro nº 5 – Suicídios por sub-região.....	21
Quadro nº 6 – Fatores de risco modificáveis e não modificáveis	24
Quadro nº 7 – Fatores de risco segundo SPS	25
Quadro nº 8 – Fatores protetores.....	26
Quadro nº 9 – Fatores predisponentes e fatores precipitantes	26
Quadro nº 10 – Avaliação de Enfermagem de Saúde Mental	36
Quadro nº 11 – Principais conceitos na Teoria de Betty Neuman.....	41
Quadro nº 12 – TS por género.....	51
Quadro nº 13 – TS por grupo etário e género no ano de 2013.....	52
Quadro nº 14 – TS por grupo etário e género no ano de 2015.....	52
Quadro nº 15 – Fator “positivismo”	60
Quadro nº 16 – Fator “traços de personalidade”	64
Quadro nº 17 – Fator “doença mental”	65
Quadro nº 18 – Fator “religiosidade”	67
Quadro nº 19 – Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão cognitiva da atitude.....	68
Quadro nº 20 – Fator “aceitabilidade”	69
Quadro nº 21 – Score médio do fator que avalia a dimensão afetiva da atitude.....	71
Quadro nº 22 – Fator “papel dos profissionais”	72
Quadro nº 23 – Fator “manipulação”	74
Quadro nº 24 – Fator “discriminação”	75
Quadro nº 25 – Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão comportamental da atitude.....	76
Quadro nº 26 – Scores médios obtidos nas três dimensões da atitude.....	76

INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito do Mestrado em Associação, ramo de especialização de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica. Este, redige-se, tendo por base o novo acordo ortográfico português e a norma da *American Psychological Association* (APA) – 6ª edição. O relatório é um trabalho de descrição e reflexão crítica pormenorizada e fundamentada, com recurso ao método de recolha e tratamento de dados, das atividades desenvolvidos no âmbito do Estágio.

A área de Saúde Mental abarca um espectro muito amplo de problemas. Tendo por base o diagnóstico de situação realizado ao nível do contexto onde se pretendia implementar o projeto, foi-nos sugerida esta área pela chefia de enfermagem, por considerar existir uma grande lacuna ao nível das atitudes dos profissionais de saúde. Assim, tendo em conta o exposto, seleccionámos como alvo de intervenção os enfermeiros do serviço de urgência geral. A metodologia utilizada para realizar o projeto foi a metodologia de projeto.

De acordo com Camus (1948), “só há um problema filosófico verdadeiramente sério: é o suicídio. Julgar se a vida merece ser ou não vivida é responder a uma questão fundamental da Filosofia”. Segundo a OMS, a cada 40 segundos uma pessoa suicida-se (WHO, 2014). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), encontra-se entre as dez primeiras causas de morte, sendo que, por cada suicídio ocorrem onze tentativas sem sucesso. Cerca de 20% das pessoas que tentam o suicídio, se não obtiverem ajuda especializada, repetem essa ação no prazo de um ano, o que aumenta a probabilidade de virem a ter sucesso no ato.

Como ponto de partida para o nosso estudo, questionámos como seria a abordagem dos enfermeiros no serviço face à pessoa com comportamento da esfera suicidária. Posteriormente, construímos a estrutura organizacional deste trabalho em que dividimos em duas partes. A primeira centra-se na apresentação do projeto de intervenção no serviço, dividindo-se este em três capítulos, que abordam a problemática, que motivou o desenvolvimento do projeto, o enquadramento teórico, que forneceu as bases teóricas para o projeto e a metodologia de projeto, que percorreu as cinco fases metodológicas, desdobrando-se ainda na caracterização do contexto, na população e amostra, no instrumento de colheita de dados, nas limitações do estudo e ainda nas questões éticas associadas ao

projeto. A segunda parte do relatório dá lugar à análise do desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria e bem como no desenvolvimento de competências enquanto mestre em enfermagem de saúde mental e psiquiatria. Para finalizar concluímos com algumas considerações finais acerca do trabalho desenvolvido.

Delineámos como objetivos do relatório apresentar o Projeto de Intervenção em Serviço desenvolvido no Estágio Final integrado no Mestrado em Associação, com especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e apresentar o desenvolvimento de Competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

PARTE I – PROJETO DE INTERVENÇÃO EM SERVIÇO

1.PROBLEMÁTICA

Tendo em conta que desenvolvemos funções em um serviço de urgência (SU) médico-cirúrgica de uma Unidade Local de Saúde (ULS) situada no Alentejo, pudemos constatar que a admissão de pessoas por Tentativa de Suicídio (TS) é frequente, este facto fez-nos pensar na forma como estas pessoas eram cuidadas desde o setor da triagem até à alta do SU.

Tomando em linha de conta, que neste SU existe Urgência de Psiquiatria todos os dias da semana (de segunda a domingo) entre o horário das 15 e as 21 horas, muitos são os casos em que as pessoas aguardam por várias horas para avaliação por parte da especialidade de Psiquiatria, sendo o tempo de permanência prolongado.

O facto destes utentes terem que permanecer um tempo considerável no SU, deu para nos apercebermos que a abordagem de cada profissional de saúde era muito diversificada em relação aos mesmos. Alguns profissionais de saúde faziam comentários pouco próprios, outros referiam que não sabiam lidar com estas situações, porque não entendiam o motivo que levava as pessoas a fazerem a TS, surgindo o afastamento e a incapacidade para estabelecer relação de ajuda. Ainda existia a abordagem dos profissionais, de executarem as intervenções interdependentes prescritas (entubação nasogástrica, lavagem gástrica, administração de carvão ativado, realização de penso...), em que apenas as necessidades físicas do utente eram satisfeitas.

Partindo do pressuposto que o utente deve ser visto como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica e alicerçando este conceito no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, este considera todas as variáveis que afetam o sistema do cliente: fisiológico, psicológico, sociocultural e espiritual. (Tomey & Alligood, 2002)

Por muita qualidade que esteja inerente aos cuidados técnicos prestados, o utente poderá não se sentir satisfeito, se não for dada a atenção e o respeito que lhe são devidos. A enfermagem sustenta-se seguramente nos cuidados a prestar aos indivíduos, com base nisto, e porque está diretamente implícita, a relação de ajuda, é considerada essencial para que os cuidados de enfermagem sejam eficazes.

Na perspetiva de Chalifour (1989) a “relação de ajuda consiste numa interação particular entre duas pessoas, o enfermeiro e o cliente, em que cada uma contribui pessoalmente para a procura e satisfação de uma necessidade de ajuda apresentada por lógicas, mas sobretudo as necessidades deste último”.

A origem deste comportamento, por parte dos profissionais de saúde, poderá ser por falta de conhecimento ou preconceitos associados a esta área. O enfermeiro que presta cuidados em SU está vocacionado para salvar a vida a todo o custo, pelo conhecimento empírico que temos, este não aceita que o utente provoque um dano intencional a si próprio.

A crença dos profissionais de saúde, de que as pessoas não têm o direito de cometer suicídio, a falta de conhecimentos e a incerteza pode levar a comportamentos negativos perante comportamentos suicidários (Botega, et al., 2005).

Alguns estudos, revelam que a atitude dos profissionais de saúde para com as pessoas que tentaram o suicídio, pode ser um fator de influência na reincidência do ato. (Ouzouni & Nakakis, 2009)

Alguns autores (Diekstra & Garnefski, 1995), defendem que não são exclusivamente as atitudes dos profissionais que podem levar à reincidência no ato, mas também a adequação da forma como é feito o acompanhamento destas pessoas após a alta, principalmente a partir do serviço de urgência.

Assim, tendo em conta o exposto, fez-nos sentido intervir nesta área, de forma a mudar atitudes e comportamentos dos enfermeiros do SU face à pessoa com comportamento da esfera suicidária.

2 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 – Suicídio e comportamentos da esfera suicidária

A palavra suicídio tem a sua origem no latim e deriva de dois termos: *sui*, de si mesmo, e *cidium*, matar, ou seja, matar-se a si mesmo. (Peixoto & Azenha, 2006)

Se considerarmos algumas das perspetivas de abordagem do suicídio, este exige um esforço interdisciplinar e global. O suicídio pode ser considerado como um fenómeno transversal, sendo este um exemplo óbvio de interação entre fatores individuais, sociais e culturais. O suicídio aparece intimamente ligado aos contributos de Durkheim, interpretando um índice de mal-estar social, ao longo de um espetro, em que considerou as categorias egoísta, altruísta, anómico e fatalista. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

A abordagem psicológica, por sua vez, valoriza a presença de conflitos internos, de sintomas e comportamentos individuais, tendo como base, teorias da psicanálise, passando por teorias de vinculação e teorias cognitivo - comportamentais. A perspetiva médica convencional privilegia a dimensão biológica das doenças mentais e dos comportamentos suicidários. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

Consideramos pertinente apresentar algumas definições dos diversos comportamentos que estão associados aos comportamentos da esfera suicidária.

Assim, a **Ideação suicida** pode ser definida como a *“alteração no pensamento, no qual existem ideias recorrentes ou permanentes de estar morto, perda da vontade de viver e/ou vontade de não mais viver. Esta ideia suicida ganha evolução e acaba ocorrendo o plano suicida, no qual é elaborado o plano de execução do ato suicida”* (Botega, et al., 2006).

O conceito de **Ideação Suicida** foi definido como *“pensamentos e cognições sobre acabar com a própria vida, que podem ser vistos como precursores de comportamentos autolesivos ou atos suicidas.*

Podem apresentar-se sob a forma de desejos e/ou plano para cometer suicídio, sem que haja necessariamente concretização do ato”. (DGS, 2013)

O **Ato Suicida** caracteriza-se pelo fato do indivíduo passar a ter “*alterações da sua conduta, o que o leva a agir voluntariamente, procurando formas de acabar com sua própria vida. A execução do ato pode ter dois resultados: o indivíduo provoca sua morte e esta ganha o nome de suicídio, ou este tenta sem sucesso e fica como tentativa de suicídio*”. (Botega, et al., 2006)

Daniel Sampaio (1997) define **Tentativa de Suicídio** como “todo o ato não fatal de automutilação ou de autoenvenenamento”. Este conceito pode também, ser definido como “ato levado a cabo por um indivíduo e que visa a sua morte, mas que, por diversas razões, em regra alheias à pessoa, resulta frustrado”. (DGS, 2013)

Para Carlos Braz Saraiva (1999) o **Parassuicídio** é o “ato iniciado de livre vontade pelo próprio em que este se automutila ou toma uma dosagem que excede a dose terapêutica ou o seu habitual padrão de consumo, e que a pessoa acredita ser farmacologicamente ativa”.

Estes dois conceitos excluem-se mutuamente, em que o parassuicídio descreve casos de baixa intenção suicida e a tentativa de suicídio é uma subcategoria de parassuicídio e em que a intenção de morrer é mais forte. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

Os **comportamentos autolesivos** foram definidos como “comportamentos sem intencionalidade suicida, mas envolvendo atos autolesivos intencionais”. Nos **Atos suicidas** incluem-se o conceito de Tentativa de Suicídio e suicídio consumado (DGS, 2013)

Podemos definir o suicídio como “*a morte provocada por um ato levado a cabo pelo indivíduo com intenção de pôr termo à vida, incluindo a intencionalidade de natureza psicopatológica (por exemplo, precipitação no vazio do esquizofrénico delirante e alucinado, obedecendo a vozes de comando)*” (DGS, 2013)

O Suicídio para Durkheim (1977) “é a morte que resultava direta ou indiretamente de um ato positivo ou negativo cometido por um indivíduo que conhecia o resultado desse seu comportamento”

Para Shneidman (1985) o Suicídio é o “ato consciente de autoaniquilação induzida, mais bem compreendido como uma doença multidimensional num indivíduo carente que entende o suicídio como maneira de resolver um problema”. Tendo em conta, os ensinamentos deste autor, podemos em síntese configurar que todo o suicida detém dor psicológica, perda de autoestima, constrição da mente, isolamento, desesperança e fuga. Em que a fuga, é considerada de tal forma como o único escape para suspender a dor psicológica. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

Para finalizar não nos faria sentido não fazer, uma breve nota acerca da referencia que o Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM), faz no que toca a este tema. O DSM constitui-se, como uma classificação de transtornos mentais e critérios associados elaborada para facilitar o estabelecimento de diagnósticos mais confiáveis desses transtornos. Com sucessivas edições ao longo dos últimos 60 anos, tendo-se tornando uma referência para a prática clínica na área da saúde mental. O DSM V, apresenta critérios diagnósticos atuais que constituem a melhor descrição disponível de como os transtornos mentais se expressam e podem ser reconhecidos por profissionais de saúde. Trata-se assim, de uma ferramenta para clínicos, um recurso essencial para a formação de estudantes e profissionais e uma referência para pesquisadores da área. (APA, 2014)

Segundo a APA (2014), o DSM V, faz referência ao suicídio, como o *Transtorno do Comportamento Suicida*, em que estabelece como critérios os seguintes que passamos a citar:

Critérios Propostos

A. *Nos últimos 24 meses, o indivíduo fez uma tentativa de suicídio.*

Nota: Uma tentativa de suicídio é uma sequência auto iniciada de comportamentos por um indivíduo que, no momento do início, tinha a expectativa de que o conjunto de ações levaria à sua própria morte. (O “momento do início” é o momento em que ocorreu um comportamento que envolveu a aplicação do método.)

B. *O ato não preenche os critérios para autolesão não suicida - isto é, não envolve autolesão direcionada à superfície do corpo realizada para produzir alívio de um estado cognitivo/sentimento negativo ou para alcançar um estado de humor positivo.*

C. *O diagnóstico não é aplicado a ideação suicida ou a atos preparatórios.*

D. *O ato não foi iniciado durante um estado de delirium ou confusão.*

E. *O ato não foi realizado unicamente por um objetivo político ou religioso.*

Especificar se:

Atual: *Não mais de 12 meses desde a última tentativa.*

Em remissão inicial: *12 a 24 meses desde a última tentativa.*

Podemos sistematizar os comportamentos suicidários através da Figura 1

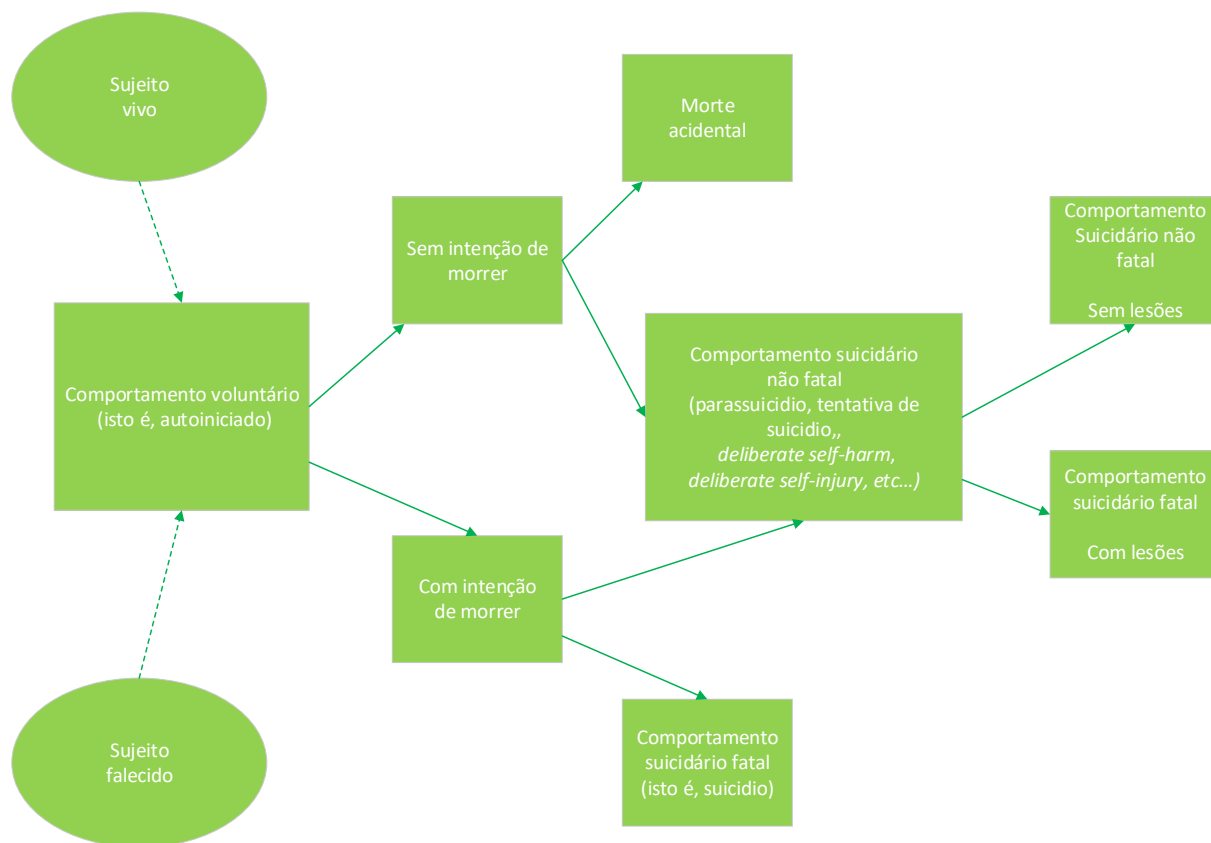


Figura nº 1 – Comportamentos Suicidários traduzido e adaptado de Leo et al, 2004, 2006

2.2 – Etiologia e Epidemiologia

A mortalidade por suicídio tem aumentado progressivamente, em números absolutos, embora as variações das taxas de suicídio aumentem ou diminuam, conforme a região geográfica. Por outro lado, muitas vezes as mortes provocadas por suicídio não são assim identificadas, pelo estigma social que acarreta o ato em si, e também pelas implicações legais e económicas que lhe estão associadas. (WHO, 2014)

Os números do suicídio no século XXI duplicaram em relação à década de 90 no nosso país. Para além disso, deverão dar entrada anualmente nos Serviços de Urgência cerca de 20 a 30 mil casos de comportamentos suicidários. (Santos & Saraiva, 2009)

Cerca de 16 milhões de pessoas fazem tentativa de suicídio todos os anos e mais de 800 mil acabam por morrer, segundo estimativas da OMS, divulgadas no primeiro relatório sobre o suicídio. No total, há um suicídio a cada 40 segundos. As taxas de suicídio variam significativamente de país para país, nomeadamente em função de fatores culturais, religiosos e económicos. Os países da Europa Central e de Leste, assim como da Ásia, registam as taxas mais elevadas. (WHO, 2014)

O suicídio correspondeu a 1,4% de todas as mortes a nível mundial, tornando-o na 17.^a principal causa de morte em 2015. Os indicadores revelam que por cada adulto que morre por suicídio, haverá mais de 20 tentativas de suicídio. (WHO, 2017)

O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020. Cerca de um quarto das mortes afetam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos. Atualmente o número de suicídios representa mais que o somatório das mortes em guerras e homicídios (OMS, 2000).

Segundo a SPS (2011), na Europa as taxas de suicídio mais elevadas têm origem nos países de leste, nomeadamente Lituânia, Estónia, Bielorrússia e a Federação Russa, variando as taxas entre 45 e 75 por 100.000 habitantes por ano. As taxas mais baixas registam-se em países da Europa Mediterrânica e em países Islâmicos, onde a taxa é inferior a 6 por 100.000 habitantes. Na maioria dos

países da América do Norte, Europa e Australásia as taxas oscilam entre 10 e 35 suicídios por 100.000 habitantes.

As mortes provocadas por suicídio, correspondem a 1,0% da mortalidade no país, correspondendo a 1,6 % do total de homens e a 0,5% nas mulheres. (INE, 2016)

Em Portugal a taxa bruta de mortalidade por suicídio tem vindo a aumentar nos últimos anos, como podemos constatar no quadro nº 1. Podemos constatar que a subida tem sido gradual desde o ano de 1987, com oscilações muito discretas, tendo sido o ano de 2004, o ano com piores resultados. (Apêndice I)

Quadro nº 1- Taxa bruta de mortalidade por suicídio

	Taxa bruta de mortalidade (‰)
2008	9,9
2014	10,1
2016	10,7

Fonte: POR DATA

Segundo o INE (Instituto Nacional de Estatística), como constatamos no quadro nº 2, o número de suicídios em Portugal tem vindo a aumentar nos últimos anos e que a região Centro é a mais afetada.

Quadro nº 2 – Suicídios por região

	Portugal	Norte	Centro	A. M. Lisboa	Alentejo	Algarve
2008	1035	193	249	267	186	81
2012	1066	221	263	281	190	60
2015	1127	221	281	278	193	69

Fonte: INE

De acordo com o primeiro relatório da OMS sobre o suicídio, este é globalmente, a segunda causa de morte nos jovens entre os 15 e os 29 anos, mas é acima dos 70 anos que o fenómeno atinge os valores mais elevados. O suicídio representa anualmente cerca de um milhão de mortes, prevendo-se que este número aumente para 1,5 milhões em 2020. Cerca de um quarto das mortes afetam jovens até aos 25 anos, representando aproximadamente 20 milhões de anos de vida potencialmente perdidos. (OMS, 2000). A tendência mundial mantém-se em Portugal, segundo os dados expostos no quadro nº 3.

Quadro n.º 3 – Suicídios por faixa etária

	Total	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - >
2015	1127	9	26	30	33	57	88	88	105	94	89	503
2012	1066	10	24	30	35	72	74	98	87	89	90	456
2008	1035	12	22	34	58	55	76	84	83	82	71	456

Fonte: INE

São sobretudo os homens que se suicidam. A disparidade verifica-se em todo o mundo, mas a diferença é maior nos países mais desenvolvidos, onde o número de homens que cometem suicídio é três vezes superior ao de mulheres. A tendência mantém-se no nosso país, apesar do género feminino fazer mais tentativas de suicídio, são efetivamente os homens que mais se suicidam. Esta tendência prende-se em grande parte com o meio letal utilizado. (WHO, 2014)

Segundo Kutcher & Chehil (2007) a probabilidade dos homens procurarem ajuda para resolver problemas emocionais ou psicológicos é inferior à das mulheres; os homens tendem a ser mais impulsivos do que as mulheres; estes tendem a ter mais dificuldade na integração social do que as mulheres; os homens têm menos disponibilidade do que as mulheres para aceitar ajuda para problemas emocionais ou psicológicos; os homens escolhem métodos de suicídio mais letais que as mulheres, os fatores atrás mencionados podem contribuir para taxas de suicídio mais elevadas nos homens do que nas mulheres.

Quadro nº 4 - Suicídios por género

	Masculino	Feminino	Total
2015	855	272	1127
2012	851	215	1066
2008	791	244	1035

Fonte - INE

Em relação aos números de óbitos por suicídio ao nível das sub-regiões, pudemos constatar que têm vindo a decrescer os números ao nível do Baixo Alentejo nos últimos anos, como pudemos analisar no quadro nº 5.

Quadro nº 5 - Suicídios por sub-região

	2015	2012	2008
Alentejo Litoral	31	31	31
Baixo Alentejo	31	34	48
Lezíria do Tejo	57	44	46
Alto Alentejo	25	33	26
Alentejo Central	49	48	35

Fonte – INE

De um modo geral, o problema do suicídio no Alentejo, está relacionado com a questão do isolamento social, com a falta de apoio social e com o ciclo de vida nos idosos. No que se refere ao suicídio no idoso, segundo revisão recente da literatura, os problemas económicos, o declínio do estado de saúde global, a diminuição das faculdades sensoriais, a perda do cônjuge e dos amigos, a reforma, a institucionalização em lares de terceira idade e os custos elevados dos cuidados de saúde constituem assim os principais fatores de compreensão do fenómeno. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

A desenvolver um projeto numa instituição sediada no Baixo Alentejo, fez-nos sentido aprofundar a análise relativa ao número de óbitos por suicídio por concelhos do Distrito de Beja, nos últimos anos, após pesquisa no INE, pudemos construir quadros, organizados por faixa etária que remetemos para apêndice. (Apêndice II)

Existe uma díade relevante em suicidologia, no que concerne a um determinado ato levar à morte: a **intencionalidade** e a **letalidade**. A intencionalidade, tem meramente o significado qualitativo de que o ato é ou não intencional, em última análise, pode-se ler como a intenção do ato. Em relação à letalidade do ato, esta pode ser alta (por exemplo: enforcamento, tiro na cabeça) ou baixa no caso da ingestão voluntária medicamentosa (IVM). No entanto, a avaliação do grau de letalidade também é complexa, pois os profissionais de saúde farão uma avaliação mais objetiva e o indivíduo que provocou o ato, fará uma avaliação mais subjetiva, logo no geral, não existirá concordância entre ambos. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

Considera-se o suicídio como um fenómeno social em geral, dependente das causas “suicidogéneas” externas que agem sobre a pessoa. Cada sociedade tem uma tendência para o suicídio que lhe é específica e dependente das consequências ou das vantagens que poderão advir da morte voluntária. (Durkheim, 2011)

Podemos definir os tipos sociais do suicídio, sem que os classifiquemos diretamente segundo as características previamente descritas, mas classificando as causas que os determinam, procuraremos as condições sociais de que dependem, reuniremos de seguida estas condições, segundo as semelhanças e diferenças apresentadas, num certo número de classes separadas, e poderemos estar certos de que a uma das classes corresponderá um determinado tipo de suicídio. A classificação é feita através da etiologia e não pelas características.

De acordo com o estudo sociológico de Durkheim, o suicídio pode ser entendido sob quatro pontos de vista sociais:

- **Suicídio Egoísta:** a pessoa não se sente parte integrante de nenhum grupo e nem parte integrante da sociedade, recorrendo ao suicídio como forma de responder a este distanciamento dos grupos;
- **Suicídio Altruísta:** extremo oposto do suicídio egoísta, no qual a pessoa está integrada em demasia no grupo. Esta integração é de tal ordem, que o suicídio ocorre como se tratando de um sacrifício pelo grupo;
- **Suicídio por Anomia:** Em consequência das constantes modificações do mundo, as pessoas acabam por passar, em dado momento, por algum tipo de mudança. O suicídio ocorre na sequência da não-aceitação das mudanças (divórcio ou perda de emprego) que desorganizam os seus sentimentos relativamente ao grupo. (Durkheim, 2011)
- **Suicídio Fatalista:** Em que existe a autoregulação da sociedade; não há esperança de mudança contra a disciplina opressiva da sociedade. A única forma do indivíduo de ficar livre de tal estado é cometer o suicídio. (Durkheim, 2011)

Shneidman desenvolveu um modelo teórico, designado modelo do “cubo suicida”, este era composto por 125 cubos, 25 por face e cinco por linha. Aos três planos chamou: dor, perturbação e pressão. A dor, representada, pela face frontal do cubo grande, corresponderia à dor psicológica intolerável. A perturbação, representada pela face lateral do cubo grande, corresponderia ao transtorno da mente. A pressão, representada pela face de cima do cubo grande, corresponderia aos fatores internos e externos que afetam o indivíduo. No pequeno e único cubo onde confluíssem os máximos de dor, perturbação e pressão, dar-se-ia o suicídio. (Saraiva, Peixoto & Sampaio, 2014)

Shneidman (1985 cit. por Saraiva, 2010), valorizaria a intencionalidade do suicida segundo três aspetos:

- **Morte intencional**, onde o indivíduo teve um protagonismo consciente, exemplificada no enforcamento;
- **Morte não intencional**, onde o indivíduo não foi protagonista para tal desfecho, exemplificada na morte ao limpar uma arma de fogo;
- **Morte subintencional**, onde o indivíduo teve um protagonismo indireto ou inconsciente, exemplificada no acidente de automóvel a alta velocidade.

2.3 - Fatores de risco e fatores de proteção

Os fatores de risco incluem as características que foram estudadas em grandes populações e que permitem o seu estudo de forma isolada, estando associados a um aumento da probabilidade de suicídio (NZGG, 2003).

Embora alguns dos fatores de risco discutidos possam ser de utilidade limitada na identificação dos utentes que irão ou não cometer o suicídio, estes mesmos fatores podem ser úteis na identificação dos doentes que devem ser avaliados em termos de possibilidade de suicídio. (Kutcher & Chehil, 2007)

Os fatores de risco podem ser classificados como sendo modificáveis ou não modificáveis. Os fatores de risco modificáveis são aqueles que são passíveis de sofrerem alteração, enquanto que os fatores não modificáveis são aqueles que não podem ser alterados. A identificação dos fatores de risco modificáveis deve ser usada para direcionar a tomada de decisões sobre a intervenção e planeamento (APA, 2003). O quadro que se segue, resume os fatores modificáveis e não modificáveis (Quadro nº 6)

Quadro nº 6 - Fatores de risco modificáveis e não modificáveis

Fatores de risco modificáveis	Fatores de risco não modificáveis
<ul style="list-style-type: none">• Depressão• Ansiedade• Desesperança• Uso de substâncias• Intoxicação• Acesso a meios letais	<ul style="list-style-type: none">• Idade• Género• TS prévia

Fonte: APA, 2003

Segundo a SPS (2009), os fatores de risco do suicídio podem ser classificados em quatro categorias que se encontram representadas no quadro nº 7.

Quadro n.º 7 - Fatores de Risco de suicídio segundo SPS

Fatores psicopatológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Depressão, esquizofrenia, alcoolismo, toxicodependência e perturbações da personalidade; - Modelos suicidários: familiares, pares sociais, histórias de ficção e/ou situações noticiadas pelos média; - Comportamentos suicidários prévios; - Ameaça ou ideação suicida com plano elaborado; - Distúrbios alimentares.
Fatores Pessoais
<ul style="list-style-type: none"> - Idade entre 15-24 anos ou mais de 45; - Sexo masculino, Leucodérmico; - Morte do cônjuge ou de amigos íntimos; - Escolaridade elevada; - Presença de doenças terminais (exemplo: HIV, cancro); - Hospitalizações frequentes, psiquiátricas ou não; - Família atual desagregada: por separação, divórcio ou viuvez.
Fatores Psicológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Ausência de projetos de vida; - Desesperança contínua e acentuada; - Culpabilidade elevada por atos praticados ou experiências passadas; - Perdas precoces de figuras significativas (pais, irmãos, cônjuge, filhos); - Ausência de crenças religiosas;
Fatores Sociais
<ul style="list-style-type: none"> - Habitar em meio urbano; - Residir em meio rural a sul do Tejo; - Desemprego; - Mudança de residência; - Emigração; - Falta de apoio familiar e/ou social; - Reforma; - Acesso fácil a agentes letais, tais como armas de fogo ou pesticidas; - Estar preso.

Fonte - SPS, 2009

De acordo com vários estudos, existem características e circunstâncias individuais e coletivas que, quando presentes, estão associadas à prevenção de comportamentos da esfera suicidária, sendo designadas como fatores protetores.

Por forma a não serem expostos, todos os estudos que definem e dão exemplos de fatores protetores, optamos por expor de forma esquemática, os fatores protetores descritos pela OMS no quadro nº 8.

Quadro nº 8 - Fatores protetores do suicídio

Fatores protetores
<ul style="list-style-type: none"> - Bom relacionamento familiar; - Cuidados parentais preservados; - Apoio familiar; - Relações de confiança; - Boas habilidades sociais; - Iniciativa no pedido de ajuda e conselhos; - Noção do valor pessoal; - Abertura para novas experiências e aprendizagens; - Estratégias comunicacionais desenvolvidas; - Recetividade à ajuda de terceiros; - Noção e empenho em projetos de vida; - Valores culturais; - Lazer; - Prática de atividade física; - Pertença a uma religião; - Boas relações com amigos e colegas; - Boas relações com professores e outros adultos; - Apoio de pessoas relevantes e amigos que não apresentem comportamentos aditivos; - Dieta saudável; - Boa qualidade de sono.

Fonte: OMS, 2002

Para finalizarmos esta secção, pareceu-nos pertinente ainda expor os fatores predisponentes e os fatores precipitantes ao risco de suicídio, que expomos no quadro nº 9.

Quadro nº 9 - Fatores predisponentes e precipitantes

Fatores Predisponentes	Fatores Precipitantes
Sexo (masculino: suicídio; Feminino: Tentativas) Idade (mais jovem: tentativa; idoso: suicídio) História familiar de suicídio, alcoolismo ou outros. Perturbações mentais Tentativa(s) prévia(s) Presença de doença física Presença de desesperança Estado civil: Divorciado, viúvo ou solteiro Abuso físico, emocional ou sexual na infância Estar desempregado ou reformado Isolamento social Pertencer a uma minoria étnica Pertencer a uma minoria sexual (homossexuais, transsexuais) Baixo nível de Inteligência	Separação Conjugal Rutura de relação amorosa Rejeição afetiva/social Alta recente de hospitalização psiquiátrica Graves perturbações familiares Perda de emprego Modificação da situação económica ou financeira Gravidez indesejada (principalmente para solteiras) Vergonha Medo de ser descoberto (por algo socialmente indesejável) Perda de familiar

Fonte: Bertolote, Mello-Santos & Botega, 2010

2.3.1 – Identificação e avaliação do risco

O termo risco é utilizado de modo subjetivo e impreciso, mas pode ser definido como “Probabilidade de que ocorra um acontecimento, normalmente prejudicial para a saúde”. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

O risco para o suicídio, constitui-se como a possibilidade de uma ideia suicida levar uma pessoa a cometer o suicídio. A idealização do suicídio deve ser avaliada, devendo o profissional estar atento quanto a presença de um plano (tipo de plano, comorbilidades, tentativas prévias) que este indivíduo apresenta para se suicidar (Botega, Werlang, Cais e Macedo, 2006).

O propósito *major* da avaliação do risco de suicídio é identificar o risco de suicídio individual e os fatores protetores, de forma a que se possa estimar o risco. Obter uma avaliação do indivíduo e ajudá-lo a compreender os motivos que o levaram ao comportamento da esfera suicidária. Procura-se também identificar os fatores modificáveis e objetivar as intervenções que reduzam o risco de suicídio. (Kutcher & Chehil, 2007)

Para uma avaliação abrangente do risco de suicídio é crucial a realização de uma entrevista. Pode ser útil a utilização de instrumentos de avaliação do risco de suicídio devidamente validados para a população portuguesa, no entanto, devemos considerar que os instrumentos de avaliação do risco de suicídio, devem ser utilizados como parte de uma avaliação abrangente e não devem ser usados isoladamente, pois estes facilitam a comunicação e recolha de informações no contexto de entrevista, mas os seus resultados não substituem o julgamento clínico (NZGG, 2003).

Ao se efetuar uma avaliação do risco de suicídio o enfermeiro deve despistar sempre a existência de doença mental concomitante, particularmente, os diagnósticos de Depressão *major*, Abuso de substâncias, Esquizofrenia, o Transtorno de Personalidade *Borderline* e o Transtorno da personalidade Antissocial (NZGG, 2003).

Segundo o estudo de Cheng *et al.* (2009) refere que a história de tentativas de suicídio, comportamentos para-suicidas e a presença de ideação suicida conferem um valor preditivo à avaliação do risco suicida.

Segundo Kutcher & Chehil (2007) podemos definir quatro passos importantes na avaliação do risco de suicídio: a avaliação da suicidalidade (presença ou ausência de ideação, intenção e plano suicida), a identificação dos fatores de risco, a identificação dos alvos passíveis de intervenção e a motivação que levaram ao ato, fazendo questões como: “Porquê?” (...) “Porquê agora?” (...) “O que é

que se passa?”. As respostas a estas questões levarão, o técnico de saúde a compreender as complexidades dos fatores subjacentes ou os comportamentos suicidas, o que irá facilitar a identificação dos alvos passíveis de intervenção.

De uma forma esquemática, apresentamos através da Figura nº 2, a avaliação do risco de suicídio.

Figura nº 2- Avaliação do risco de suicídio



Fonte: Kutcher & Chehil, 2007

O treino dos profissionais de saúde ao nível da gestão da sintomatologia depressiva, das habilidades para avaliação do risco de suicídio, da colheita de informação epidemiológica acerca do comportamento suicida, do conhecimento de estratégias eficazes para a prevenção do suicídio, da habilidade para avaliação da intencionalidade e da letalidade do comportamento suicida, do conhecimento da origem do comportamento suicida e na avaliação do estado mental da pessoa em crise suicida revelou ter relevância significativa e favorável na mudança das atitudes dos profissionais face às pessoas em crise suicida e, consequentemente, na prevenção primária do suicídio (Cais, Silveira, Stefanello & Botega, 2011).

Os profissionais de saúde desempenham um papel importante na prevenção primária do suicídio. O aumento da disponibilidade dos serviços de saúde, o treino dos profissionais de cuidados de saúde primários para identificação de problemas de saúde mental gerais, o treino na identificação de

comportamentos autodestrutivos e ideação suicida em particular, associando-se a redes de referência adequadas com comunicação e encaminhamentos adequados entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde mental diferenciados, demonstram ser preponderantes na prevenção primária do suicídio. (Saini, et al., 2010)

A formação dos profissionais de saúde e a restrição de meios letais são descritos como formas de prevenir o suicídio. Outros métodos, como a formação da população em geral, programas de rastreio e formação dos meios de comunicação social necessitam de mais evidência. (Mann et al., 2005)

Segundo Peixoto, Saraiva & Sampaio (2006) a avaliação da intenção de morrer em suicidologia, para além de permitir fazer a destriça entre o suicídio de outras causas de morte, é fundamental na distinção entre tentativa de suicídio e parassuicídio.

A entrevista deve ter na sua génese manifestações de empatia, bem como uma atitude de respeito perante estes utentes. Para Phaneuf (2005) é complexo explorar a relação de ajuda e para que isso possa acontecer têm que estar presentes algumas condições prévias. A primeira condição considerada fundamental para implementar a técnica da relação de ajuda, passa pelo desenvolvimento de um conhecimento de si próprio enquanto pessoa e enquanto profissional, de forma a ser capaz de fazer uma utilização terapêutica de si mesmo. As outras condições podem ser relativas às atitudes da pessoa que ajuda (presença e vontade de não julgar), relativas à relação a implementar (não diretividade da entrevista e centralidade na pessoa a ajudar) ou relativas aos elementos do conteúdo desta relação (escuta ativa).

Um dos fatores mais importantes para uma avaliação incorreta e impossibilidade de estabelecer uma aliança terapêutica é a contratransferência, isto é, “o conjunto de emoções, pensamentos e comportamentos adversos dos técnicos podendo manifestar-se de forma inconsciente com sentimentos de rejeição, abandono, superproteção ou de forma consciente rotulando os pacientes como manipuladores ou resistentes”. Por fim, é fundamental perceber que estes pacientes desafiam os técnicos a examinar as suas experiências em relação à vida e à morte, a clarificar as fronteiras entre crenças pessoais e ética profissional e a refletir cuidadosamente as suas atitudes. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

O primeiro contacto que o utente com comportamento da esfera suicidária faz com os profissionais de saúde, pode ocorrer numa variedade de contextos, nomeadamente no SU, no internamento, nos cuidados de saúde primários ou até mesmo na escola.

Foquemos no contexto do SU, tendo em conta, que é neste contexto que o estudo se desenvolveu. Consideramos que o SU, pelas características que lhe são próprias (o ritmo do serviço e a pressão do tempo), quando recebe uma pessoa que fez TS, fá-lo em condições adversas, uma vez

que primeiramente são desenvolvidos os cuidados médicos, o doente muitas vezes encontra-se sonolento, reticente, onde as condições físicas são pouco propícias à criação de um *setting* contendor e securizante, no qual o doente se sinta mais seguro e confortável na sua comunicação. Tendo em conta o exposto, estas condições não facilitam uma entrevista exaustiva e detalhada. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

Em suma, podemos considerar que apesar da motivação para avaliar o risco, muitos serão os utentes que nos passarão despercebidos. No entanto, podemos retirar algumas elações dos diferentes estudos realizados nesta área: quanto maior for a magnitude e persistência dos pensamentos suicidas, maior é o risco de um eventual suicídio; a magnitude da intenção do doente em morrer pode-se refletir na sua crença subjetiva quanto à letalidade do método escolhido, o que pode ser mais relevante do que a letalidade efetiva do dito método. Os planos mais detalhados estão geralmente associados a um maior risco de suicídio; quanto maior e mais clara for a intenção, maior é o risco de suicídio.

2.4 - Atitudes dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamentos da esfera suicidária

“As atitudes significam a organização dos sentimentos, das crenças e dos valores, assim como a predisposição da pessoa para se comportar de determinada maneira” (Canut, 2000, p. 30). São uma determinante muito importante na orientação e adaptação do ser humano ao ambiente social.

As atitudes são muitas vezes conceitualizadas como tendo três componentes: a componente afetiva, a componente cognitiva e a componente comportamental. A componente afetiva consiste no gosto de uma pessoa, ou resposta emocional à questão ou pessoa sobre a qual ele ou ela detém a atitude. A componente cognitiva consiste nas crenças ou no conhecimento sobre essa pessoa ou problema e finalmente a componente comportamental é definida como o comportamento manifesto da pessoa em relação à pessoa ou ao problema. (Skevington, 1984; Botega et al., 2005)

Segundo Seremet (1984), as atitudes e reações da equipa podem variar, mas influenciam diretamente a qualidade e a natureza do cuidado dos utentes. As atitudes são um fenómeno complexo, existem outras variáveis que influenciam. (McCann et al., 2007)

Tendo em conta, as recomendações para a prevenção do suicídio definidas pela OMS (2000) salienta-se o destaque para o aumento da atenção entre profissionais de saúde para as suas próprias atitudes e preconceitos em relação à prevenção do suicídio e às doenças mentais, nomeadamente às questões relacionadas com a valorização / desvalorização do comportamento da esfera suicidária por parte destes.

Seja qual for o grau de intencionalidade de morte, a TS mostra sempre um profundo sofrimento que de algum modo, se comunica não devendo como tal ser banalizado. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

Os profissionais de saúde podem reagir de vários modos face a uma pessoa com comportamento da esfera suicidária, estes podem experienciar sentimentos de desamparo, raiva, ansiedade, desilusão, ambivalência, tristeza, inaptidão ou rejeição. É importante que os clínicos não permitam que tais sentimentos influenciem a sua avaliação profissional e o tratamento do utente. (Kutcher & Chehil, 2007)

Em sequência, o técnico que presta cuidados a estes utentes deve também ter em conta a revisão das suas próprias atitudes e preconceitos em relação aos comportamentos suicidários, trabalho esse que pode abrir as vias para o contato interpessoal e o estabelecimento de um vínculo terapêutico com o utente. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

Após exaustiva revisão da literatura podemos afirmar que segundo vários estudos, existe uma relação entre a atitude dos profissionais de saúde e a qualidade de cuidados às pessoas com comportamento da esfera suicidária. Nomeadamente, Leu (2002) aponta que as atitudes negativas dos enfermeiros têm um efeito prejudicial sobre o tratamento e cuidados. Segal, (2004) conclui no seu estudo, que os enfermeiros mais velhos e mais experientes tiveram atitudes mais positivas em relação à TS do que enfermeiros mais novos. Ainda, segundo Leu (2002) os enfermeiros de emergência que participaram regularmente em atividades religiosas tiveram atitudes mais positivas em relação a utentes com comportamento suicidário do que aqueles que não o fizeram.

Segundo Hawton & Catalan (1982), as atitudes dos profissionais de saúde em relação às pessoas com comportamento da esfera suicidária são particularmente importantes porque provavelmente determinarão o entusiasmo que será mostrado na prestação de ajuda para estes utentes e, portanto, influenciará a eficácia do tratamento.

Sun et al. (2007), citando o estudo de Leu (2002), apontaram que havia três tipos diferentes de atitudes em relação a utentes com comportamento suicidário. Algumas enfermeiras ficaram agressivas e mantiveram atitudes críticas a estes doentes. Elas não gostaram de cuidar destes utentes e sentiram-se inúteis no processo do cuidar destes clientes. Algumas enfermeiras demonstraram empatia e sentimentos simpáticos por estes utentes. Elas tiveram uma atitude empática e sentiram que os cuidados de enfermagem tinham significado. E as restantes enfermeiras deste estudo perceberam que estes utentes eram pessoas com problemas, elas sentiram-se impotentes e com medo aquando da prestação de cuidados, o que levou ao distanciamento destas em relação a estes utentes.

A atitude dos profissionais de saúde para com as pessoas que tentaram o suicídio, pode ser um fator de influência na reincidência do ato. (Ouzouni & Nakakis, 2009)

As atitudes mais negativas foram expressas pelos enfermeiros do serviço de urgência e das unidades de cuidados intensivos. (Ouzouni & Nakakis, 2013)

Por outro lado, não devemos esquecer que a prestação dos cuidados de saúde desenvolvida pelos profissionais de saúde é baseada em fortes valores éticos e deontológicos, com a realização da revisão integrativa acerca deste tema, foram levantadas questões éticas, em vários estudos. Segundo Beauchamp & Childress (1994), existem quatro princípios que devem ser tidos em consideração, a justiça, a autonomia, a beneficência e a não malificência. No entanto, estes princípios não resolvem as questões práticas e que são conflituosas entre si em contexto clínico. Assim, através da revisão da literatura, alguns autores defendem que formação e treino em habilidades de intervenção suicida podem suportar a tomada de decisão informada para os profissionais de saúde em contexto pré-hospitalar. (Rees et al., 2017)

Considerámos abordar de uma forma geral as atitudes destes utentes e famílias, por forma a dimensionar uma melhor perspetiva acerca dos diferentes intervenientes deste processo. Assim, nestes utentes, é frequente ocorrerem atitudes de culpabilização, negação, medo da exposição, desconfianças, agressividade, tudo isto sobre um fundo de ambivalência. É essencial perceber que se trata de mecanismos defensivos que necessitam de ser reformulados com a ajuda dos obstáculos à aliança terapêutica. Noutro plano, nos comportamentos da esfera suicidária existem certas características que, frequentemente, dificultam uma adequada intervenção, nomeadamente histórias de vida complexas, persistência do desejo de morte, repetição de comunicações de morte e rejeição de ajuda dos esforços do terapeuta. Por norma, as pessoas com comportamentos da esfera suicidária, não ilustram o papel do “bom doente”, uma vez que são carrascos e vítimas da sua própria situação. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

As famílias destes utentes, geralmente sentem-se culpadas e humilhadas, desencadeando uma mistura de sentimentos, difícil de ser trabalhada. Os familiares oscilam entre uma atitude de vingança ou de maturação em relação aos acontecimentos. Embora haja uma mobilização intensa nos primeiros dias, a experiência mostra-nos que, muitas vezes, rapidamente, todos se apressam a “apagar” as imagens retomando, as antigas relações. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

Werlang & Botega (2004) resumem algumas ideias falsas em relação aos comportamentos suicidários:

- “ *perguntar sobre o suicídio pode induzir o utente a isso?*” – Questionar sobre as ideias de morte, de maneira adequada, faz com que o paciente sinta que da parte do seu interlocutor há interesse no seu sofrimento

- “*está a ameaçar que se mata para me manipular*” – a ameaça de suicídio deve ser sempre tida em conta, pois é um recurso que indica que a pessoa está em sofrimento e precisa de ajuda.

- “*quem se quer matar não avisa*” – estudos demonstram que pelo menos 2/3 das pessoas que tentaram o suicídio ou que se suicidaram tinham comunicado de alguma forma a intenção a amigos, familiares, médicos, etc.

- “*no lugar dele também me mataria*” – existe o perigo dos técnicos fazerem uma identificação com o sofrimento e a desesperança dos pacientes, sentindo-se como tal impotente para a tarefa assistencial.

Tais ideias podem originar alguns erros comuns, como o estabelecimento de uma relação superficial de confiança, de banalização do sofrimento na qual as respostas dadas são estereotipadas ou denunciam juízos de valor, conduzindo muitas vezes a avaliações inadequadas.

2.5 – A tentativa de suicídio como foco de atenção da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica

Segundo a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®), 2011 *“Tentativa de suicídio é um tipo de auto-agressão com as características específicas: desempenho de atividades auto iniciadas que levam à autodestruição, com o objetivo de matar ou ameaçar fazê-lo”* e o Suicídio *“é um tipo de auto - agressão com as características específicas: execução de atividades suicidas que levam à própria morte”*.

Segundo Sequeira (2006) para a construção do diagnóstico Suicídio/tentativa de suicídio: o utente expressa sentimentos/ideação suicida; não procura ajuda; inicia tentativa de suicídio; verbaliza não controlar o impulso; refere obsessões suicidas; não requer tratamento para as ações e tentativas suicidas; apresenta um plano suicida delineado; apresenta comportamentos de tentativa de suicídio; refere acumulação de ideias para autoinduzir ferimentos; não requer tratamento dos ferimentos autoinduzidos; automutila-se com frequência.

Para Lutz & Warren (2007), os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica estão excepcionalmente bem posicionados para abordar a depressão, esta constitui-se como sendo um processo biopsicossocial complexo e dinâmico. A depressão sem tratamento adequado, persiste e pode ter efeitos negativos significativos sobre as vidas de jovens, incluindo um risco aumentado de suicídio.

Para Sequeira (2006), a enfermagem de saúde mental e psiquiatria assenta num processo interpessoal, no qual o enfermeiro assiste a pessoa com o objetivo de promover a saúde mental ou auxiliando no processo de tratamento e reabilitação da mesma.

De igual, modo, Stuart & Laraia (2001, p.36) definem a enfermagem psiquiátrica como “um processo interpessoal que promove e mantém o comportamento no paciente, contribuindo para o seu funcionamento integrado”.

A família encontra-se fortemente descrita e associada aos comportamentos da esfera suicidária, quer como fator de risco, quer como fator de proteção, já que as variáveis familiares costumam estar fortemente associadas aos comportamentos da esfera suicidária. Algumas dessas variáveis dizem respeito à estrutura familiar, bem como às relações entre os membros da família. Estas podem estar relacionadas com as mudanças no equilíbrio familiar, com os conflitos e até mesmo com dificuldades financeiras. Adotando uma visão sistémica da família, referimo-nos a esta como um sistema, considerando a existência de um conjunto complexo de elementos em interação entre si, cujo produto é maior que a soma dos componentes. Como descrito por Neuman (2002) este aspeto significa, portanto, que ao interagirem entre si, os membros da família produzem algo que servirá para manter o equilíbrio da

família e a saúde dos seus membros ou, contrariamente, poderá provocar o desequilíbrio, mal-estar e distúrbios para os seus membros (Alarcão, 2000).

A avaliação que a pessoa faz de cada *stressor*, isto é, a compreensão da situação *stressante*, envolve respostas cognitivas, afetivas, fisiológicas, comportamentais e sociais distintas, dependendo da importância atribuída pela pessoa à situação vivenciada (Stuart, 2001). “O *stressor* assume o seu significado, intensidade e importância a partir da interpretação e do significado único a ele atribuído pela pessoa em risco.” (Stuart, 2001, p. 105)

De um modo geral, para todas as idades, uma das conclusões mais importantes retirada dos estudos analisados nesta área, prendeu-se com a forte relação entre suicídio e a doença mental (Bertolote *et al.*, 2004). Mediante estes resultados será pertinente concluir que uma parte importante da avaliação do indivíduo com comportamento da esfera suicidária passe pela avaliação Psiquiátrica/Psicossocial abrangente e uma avaliação do risco de suicídio a curto e longo prazo (NZGG, 2003)

Assim a avaliação Psiquiátrica/Psicossocial, deverá abranger os seguintes dados: problema atual; história da doença atual; antecedentes psiquiátricos; história médica; medicação atual e passado recente; alergias medicamentosas; história de uso de substâncias; história forense; história familiar; história psicossocial e os diagnósticos de enfermagem. (NZGG, 2003)

No âmbito da avaliação Psiquiátrica/Psicossocial, um exame do estado mental é uma abordagem sistemática para avaliação do estado mental atual de um indivíduo, especificamente relacionado com o estado psicológico, emocional, social e com o funcionamento neurológico.

Por outro lado, a necessidade de avaliação do estado mental centra-se, quando ocorre a tentativa de suicídio, num estado de grave perturbação mental. Esta pode ser desencadeada por angústia intensa, dor psíquica intensa, sofrimento psíquico extremo, entre outros. Este estado é, na maioria dos casos reversível, desde que seja feito um atempado e correto acompanhamento. (WHO, 2014)

Assim, de forma representativa, podemos analisar a avaliação de enfermagem de saúde mental no quadro nº 10, que apresenta a informação sistematizada.

Avaliação de Enfermagem de Saúde Mental
<ul style="list-style-type: none">- Identificar todas as morbilidades psiquiátricas, agudas e crónicas;- Avaliar todos os fatores protetores e de risco associados com o comportamento;- Identificar problemas significativos, interpessoais e de conflito;- Identificar fatores de stress e preocupações sociais como o desemprego e a doença crónica;- Identificar padrões de pensamento e comportamento disfuncional;- Consultar familiares e amigos, sempre que possível;- Avaliar, a curto prazo, risco persistente de comportamento da esfera suicidária;- Avaliar os fatores que contribuem para o risco a longo prazo;- Realizar a avaliação dentro do contexto de uma equipa multidisciplinar, sob supervisão psiquiátrica;- Estabelecer diagnóstico de enfermagem.

Fonte: RNAO, 2009

Griffin & Bisson (2001) concluíram que a intervenção psicossocial após um comportamento parassuicidário pode ser efetuada por um enfermeiro especialista em Saúde Mental e deverá ter início no serviço de urgência (Crawford & Wessely, 1998; Stanley, 2009).

Assim, segundo Sequeira (2006), para a construção do Diagnóstico, que se constitui pelo foco de atenção e pelo juízo.

Diagnóstico- (tentativa de suicídio/suicídio) + (risco de)

Exemplos diagnósticos. Alto risco de suicídio (o grau do risco pode ser determinado pelo número de tentativas, frequência e tipologia da tentativa).

Exemplos diagnósticos: Alto risco de tentativa de suicídio/suicídio

Intervenções de Enfermagem:

- Gerir o ambiente;

Vigiar a toma da medicação; vigiar o doente; remover do ambiente físico todo e qualquer equipamento com o qual a pessoa possa ferir-se;

- Restringir acesso a (material, locais, limitar risco de suicídio);

- Planear/oferecer escuta ativa;

- Planejar/executar relação de ajuda;

Alguns aspetos a atender na relação de ajuda, neste contexto:

Explorar razões para o suicídio; identificar fatores precipitantes de tentativa de suicídio; discutir objetivos da tentativa de suicídio, sem julgamentos; encorajar a procurar ajuda nos momentos mais críticos; discutir planos para gerir ideação suicida no futuro; ajudar a identificar pessoas que lhe possam dar suporte; ajudar a pessoa a estabelecer objetivos apropriados, a curto e longo prazo; ajudar o doente na identificação de estratégias eficazes para lidar com os problemas; estabelecer um contrato com o doente, num determinado tempo, fazendo um novo contrato em intervalos específicos; incluir a família/pessoas significativas em todo este processo de modificação do comportamento.

- Executar Técnica de reestruturação cognitiva;

- Promover envolvimento/apoio familiar/ suporte emocional;

- Diminuir risco de tentativa de suicídio;

Algumas atividades para concretizar esta intervenção:

Encorajar o doente a procurar ajuda nos momentos mais críticos da sua vida; discutir histórias de suicídio passadas, presentes e orientar para pedidos de ajuda; discutir planos para gerir ideação suicida no futuro; ajudar na identificação de pessoas que lhe possam dar suporte; ajudar a pessoa a estabelecer objetivos apropriados, a curto e longo prazo; encorajar para a identificação de estratégias eficazes para lidar com os problemas; incluir a família/pessoas significativas em todo este processo de modificação do comportamento; alertar família para o risco de suicídio.

- Incentivar a participação em técnicas de distração;

- Promover mudança de comportamento;

Encorajar a expressão de sentimentos de forma não destrutiva; avaliar condições de segurança para o doente e terceiros; ajudar o doente na identificação de fatores precipitantes e potenciadores da crise; ajudar o doente a identificar (recursos, sistemas de suporte disponíveis, capacidades pessoais, estratégias de *coping* utilizadas, estratégias de recurso); orientar para procurar sistemas de suporte; ajudar na tomada de decisão, promover a tomada de decisão consciente; incentivar à partilha do problema com pessoas com experiências positivas; informar sobre consequências em função das circunstâncias; ajudar na elaboração de um plano de intervenção; dar responsabilidade à pessoa; avaliar a situação; orientar para vigilância de saúde, ajudar a estabelecer objetivos e um plano para o futuro).

- **Gerir Comunicação;**
- **Supervisionar comportamento da pessoa;**
- **Prevenir comportamento autoagressão;**

Algumas atividades para concretizar esta intervenção:

Consciencializar para o motivo/razão para o determinado comportamento; alertar para expectativas comportamentais e consequências; incentivar a remoção de itens perigosos do ambiente do doente; informar o prestador de cuidados sobre a situação; instruir o doente sobre estratégias de *coping*; treino da assertividade, treino do controlo do impulso, relaxamento, (...); orientar para a importância da prevenção de situações de risco; identificar situações e/ou sentimentos que possam despoletar autoagressão; estabelecer contrato terapêutico (não agressão); encorajar recurso à vigilância de saúde nas situações de auto agressão; informar sobre a importância da adesão ao regime terapêutico; ajudar a identificar as estratégias de *coping* mais apropriadas de acordo com determinadas situações; incentivar o recurso a pessoas significativas em situações limite; instruir a família/pessoa significativa sobre gestão do comportamento autoagressivo fora do hospital; incentivar a monitorização de impulsos autoagressivos que possam evoluir para ideias ou comportamentos suicidas).

- **Planear vigilância de saúde;**
- **Informar família/amigos sobre necessidade de supervisão.**

De forma a fazer face a um problema desta natureza, independentemente da idade, torna-se fundamental ter intervenções psicoterapêuticas definidas, sistematizadas e validadas, podendo incluir psicoterapia e psicofarmacologia. No entanto, constatamos a existência de vários problemas relacionados com a avaliação, tratamento e encaminhamento dos clientes com comportamentos da esfera suicidária.

Apesar de existir pouco consenso, em termos de estratégias de intervenção na Crise, muitos estudos consideraram que a terapia cognitivo-comportamental e a terapia dialético-comportamental mostraram uma evidência de nível 1B. A terapia de grupo, bem como a terapia interpessoal e a terapia sistémica necessitam de melhor evidência. (RNAO, 2009)

Assim, tendo em conta o exposto, parece-nos pertinente a aplicação da técnica de reestruturação cognitiva. Esta, segundo Sequeira (2006), tem como objetivo levantar hipóteses gerais relativamente à forma como cada indivíduo construiu a sua realidade e analisar os padrões de pensamento gerados por estes pensamentos/ideias/crenças que, sendo inadequadas ou disfuncionais, podem vir a criar conflitos e sofrimento para a pessoa.

Por isso, apesar da emoção ser considerada de grande importância para o profissional, a sua função é a de indicar a presença de pensamentos e/ou crenças a ela associados. Baseia-se na vulnerabilidade cognitiva enquanto modelo de transtorno emocional, onde as situações em si não determinam diretamente como alguém se irá sentir, mas antes, são os seus juízos de valor e as suas cognições ou interpretações que provocam uma resposta emocional específica.

Segundo Sequeira (2006), esta intervenção psicoterapêutica deve ser ajustada às características/capacidades e objetivos associados a determinada situação. O desenvolvimento das sessões obedece aos princípios gerais de qualquer intervenção psicoterapêutica. Pode ser desenvolvida individualmente e/ou em grupo. No Apêndice III pode ser analisada a estrutura de cada sessão.

2.5.1– A importância de uma visão sistémica: Modelo de Sistemas de Betty Neuman

As teorias de enfermagem servem para descrever, explicar, diagnosticar e /ou prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem. O trabalho científico envolvido no desenvolvimento da teoria é tal que, uma vez identificado que uma destas teorias é relevante para uma ciência tal como a enfermagem, ela oferece justificativa ou razão bem fundamentada sobre como é e porque os enfermeiros realizam determinadas intervenções. (Potter & Perry, 2006)

As teorias de enfermagem compõem os pilares para a cientificidade da profissão, estas ajudam o enfermeiro a implementar o cuidado metodológico na sua prática clínica. Apesar de cada teoria ter características específicas, todas elas apresentam a visão holística na sua base.

As teorias de enfermagem conferem reconhecimento à Enfermagem como ciência e disciplina, além de estabelecerem fundamentos que conduzem o pensamento e a ação prática da enfermagem. (Tomey & Alligood, 2002)

Aquando do desenvolvimento da nossa identidade profissional que consideramos desenvolver-se ao longo do tempo, adotamos modelos teóricos que nos acompanham na nossa prática diária. Após reflexão acerca da nossa prática de cuidados, considerámos que os conceitos e pressupostos descritos no Modelo de Sistemas de Betty Neuman, era de facto, o modelo que mais ia de encontro com a nossa prestação de cuidados.

Tendo como base a Teoria Geral dos Sistemas de Ludwing von Bertalanffy, um sistema consiste num conjunto de partes integrantes em interação, funcionando como um todo, podendo ser aberto,

em que existe troca de matéria, energia e informação com outros sistemas ou fechado, em que não interage com o ambiente (Moore, 1998).

Todos os sistemas abertos são sistemas vivos e *“todos os sistemas vivos possuem um ambiente interno (meio interno), que se distingue do ambiente externo (meio externo) que o rodeia. Este ambiente interno é criado por fronteiras que separam os sistemas vivos do seu ambiente externo.”* (Moore, 1998, p. 309).

O modelo de Betty Neuman também deriva das perspectivas filosóficas Marxistas, em que estas sugerem que as propriedades das partes são determinadas, pelos todos maiores dos sistemas dinamicamente organizados. Com base neste conceito, Neuman confirma que os padrões do todo influenciam a consciência da parte.

Neuman utiliza a definição de stress de Selye, que é a resposta não específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito, em que o stress aumenta a necessidade do reajustamento. (Selye, 1974)

Na Teoria geral dos sistemas é também adaptado o conceito de níveis de prevenção do modelo conceptual de Caplan (1964) e relaciona estes níveis com a enfermagem. Em que a prevenção primária é utilizada para proteger o organismo antes que este se depare com um *stressor* prejudicial. Este nível de prevenção reduz a possibilidade de enfrentar o *stressor* ou a capacidade do organismo se fortalecer para diminuir a sua reação ao *stressor*. As prevenções secundárias e terciárias são usadas depois do organismo enfrentar um *stressor* prejudicial. A prevenção secundária tem como objetivo reduzir o efeito do *stressor* através de diagnóstico precoce e tratamento eficaz dos sintomas da doença e finalmente a prevenção terciária visa reduzir os efeitos residuais do *stressor* depois do tratamento. (Tomey & Alligood, 2002)

Para Neuman, a saúde é um contínuo dinâmico entre bem-estar e mal-estar, em diferentes graus e em determinada altura, sendo que o bem-estar se caracteriza pela satisfação das necessidades do sistema total (variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento), surgindo a doença aquando da não satisfação dessas necessidades, com consequente desarmonia entre as partes do sistema. (Freese, 2004)

Quadro nº 11 - Principais conceitos na Teoria de Betty Neuman

Principais Conceitos	Definições
Abordagem da Totalidade da Pessoa	Abordagem dinâmica e aberta do cuidar, permitindo a compreensão do cliente (pessoa, família, grupo, comunidade ou assunto) em interação com o ambiente. <i>Totalidade:</i> cliente visto como um todo, cujas partes estão em interação dinâmica, coexistindo com variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento) suscetíveis de afetar o seu sistema.
Sistema Aberto	Os seus elementos trocam energia de informação dentro da sua organização. Tem como componentes básicos o stress e a reação ao stress.
Estrutura Básica	Estrutura nuclear composta pelos fatores básicos de sobrevivência comuns ou recursos de energia (características inatas ou genéticas).
Ambiente	Forças internas ou externas que afetam ou são afetadas pelo cliente, a qualquer altura.
Ambiente Criado	Mobilização inconsciente, por parte do cliente, das variáveis do sistema no sentido da integração, integridade e estabilidade do sistema.
Conteúdo	Variáveis fisiológica, psicológica, sociocultural, de desenvolvimento e espiritual do Homem em interação com o ambiente, envolvem o sistema.
Processo ou Função	Cliente como sistema capaz de <i>input</i> e <i>output</i> , que se adapta às influências ambientais ou adapta o ambiente a si, através das trocas de matéria, energia e informação entre o sistema.
Feedback	O <i>output</i> sob a forma de matéria, energia e informação funciona como feedback para o <i>input</i> futuro, em que a ação corretiva altera, melhora ou estabiliza o sistema.
Negentropia	Processo de utilização de energia usado na progressão do sistema para o bem-estar e estabilidade.
Entropia	Processo de esgotamento de energia que desloca o sistema para a doença ou morte.
Estabilidade	Colaboração entre o sistema e os <i>stressores</i> preservando um nível de saúde adequado através da harmonia e equilíbrio funcional.
Stressores	Estímulos produtores de tensão, que ocorrem dentro das barreiras do sistema do cliente: forças intrapessoais (na pessoa), forças interpessoais (entre uma ou mais pessoas), forças extrapessoais (fora da pessoa)
Bem-Estar	Quando as necessidades do sistema estão satisfeitas pela interação harmoniosa das partes
Doença	Desarmonia entre as partes do sistema.
Linhas de Defesa Normal, Flexível e de Resistência	<i>Linha de Defesa Normal:</i> estado de estabilidade para a pessoa ou sistema. Preservado no tempo e funciona como padrão para avaliar os desvios do habitual Bem-Estar da pessoa (inclui padrões de <i>coping</i> , estilo de vida e estágio de desenvolvimento). <i>Linha de Defesa Flexível:</i> Entendida como amortecedor, “para-choques” protetor para impedir que os <i>stressores</i> interfiram no estado de Bem-Estar normal. <i>Linha de Resistência:</i> Fatores de recurso para ajudar a pessoa a lutar contra o <i>stressor</i> .
Grau de Reação	Energia necessária para a pessoa se ajustar ao <i>stressor</i> .
Prevenção enquanto Intervenção	<i>Intervenções:</i> ações intencionais que visam ajudar a pessoa a reter, atingir e/ou manter a estabilidade do sistema. Prevenção Primária (quando se suspeita ou identifica um <i>stressor</i> , sem ainda ter ocorrido reação), Prevenção Secundária (intervenções iniciadas após ocorrência de sintomas de <i>stress</i>) e Prevenção Terciária (centra-se no reajustamento com vista à estabilidade do sistema)
Reconstituição	Estado de adaptação aos <i>stressores</i> no ambiente interno e externo

Fonte: Freese (2004)

Principais Pressupostos do Modelo de Sistemas de Betty Neuman segundo Tomey & Alligood (2002)

- **Enfermagem:** Profissão que diz respeito à totalidade. A percepção do enfermeiro acerca dessas variáveis influencia os cuidados prestados, pelo que o campo percetivo do enfermeiro deve ser avaliado.

- **Pessoa:** Enquanto cliente/sistema (pessoa, família, grupo, comunidade ou questão social). O sistema do cliente é visto como um composto dinâmico de inter-relações entre os fatores fisiológicos, psicológicos, socioculturais, espirituais e de desenvolvimento, em constante mudança ou deslocação, aberto e em interação recíproca com o ambiente.

- **Saúde:** Continuum de bem-estar ao mal-estar, dinâmico e sujeito a mudança. O bem-estar ou estabilidade tem lugar quando as necessidades do sistema total estão satisfeitas.

- **Ambiente:** Fatores internos e externos que rodeiam e interagem com a pessoa ou o cliente. Os stressores (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) foram descritos como forças ambientais que interagem, podem alterar a estabilidade do sistema e fazem parte do ambiente. Identificaram-se três ambientes relevantes: interno (intrapessoal, interação contida no cliente), externo (interpessoal, todas as interações externas ao cliente) e criado (desenvolvido e utilizado inconscientemente pelo cliente para sustentar *coping* protetor. Tem efeito isolador, ajudando a lidar com a ameaça dos stressores).

Considerámos que este modelo se adaptava, particularmente, às situações em que a pessoa se encontra sujeito a *stressores* de diferentes ordens. Olhando para a pessoa como um todo, na sua totalidade e como um ser holístico, não pudemos deixar de enquadrar o ambiente como parte integrante do sistema da pessoa, com consequentes trocas e necessidades de adaptação e ajustamento. Corroborámos a ideia da necessidade de uso de energia para manter o sistema em estabilidade e harmonia, direcionando-se para o bem-estar.

3 - METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de trabalho utilizada para a execução do projeto foi a metodologia de Trabalho de Projeto. Fortin (1999) define que Projeto é *“(...) uma etapa preliminar (...) no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objetivo do trabalho e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo(...)”*.

Segundo Guerra (1994) *“é uma metodologia ligada à investigação, centrada na resolução de problemas. Através dela, adquirem-se capacidades e competências de características pessoais pela elaboração e concretização do(s) projeto (s) numa situação real”*.

A metodologia de projeto assume características fundamentais, isto é, pressupõe um objetivo, formulado pelos autores do projeto, bem como iniciativa, autenticidade, complexidade e tem um carácter prolongado e faseado. Podemos assim, considerar que a metodologia de projeto é constituída pela fase da elaboração do diagnóstico de situação; pela planificação de atividade, meios e estratégias; pela execução das atividades planeadas; consequente avaliação e finalmente pela divulgação dos resultados obtidos. (Ferrito, Nunes & Ruivo, 2010)

Esta metodologia tem fortes linhas paralelas em relação ao Processo de Enfermagem na medida em que, Phaneuf (2005) reconhece o Processo de Enfermagem, como um processo intelectual e deliberado, tendo na sua estrutura etapas pensadas logicamente que visam a planificação de cuidados personalizados no sentido da prestação de cuidados de qualidade à pessoa. No fundo o processo de enfermagem é um roteiro organizador.

As cinco fases propostas na metodologia de projeto podem ser reduzidas apenas a três, sendo elas: **fase de estudos** (fase preliminar de recolha e ponderação das informações de interesse), **fase de planeamento** (estabelece-se a estratégia do projeto, definindo linhas de ação, identificando recursos e calendarizando as tarefas) e fase de realização (execução das ações definidas aquando da fase de planeamento). (Ramos, 2008)

A metodologia de trabalho permitiu-nos o desenvolvimento das competências de EEESM, na medida em que nos responsabilizou pelo percurso de aprendizagem, fazendo sempre a ligação entre as nossas vivências e experiências profissionais para o processo de aprendizagem.

A Enfermagem como ciência humana requer como objeto de estudo a pessoa. Os padrões de conhecimento de enfermagem são formas de responder a questões e problemas que surgem na disciplina. Falar em conhecimento, em Enfermagem, torna-se mandatório trazer à luz os conceitos de Bárbara Carper (1978), preconizando que a Enfermagem possui um corpo de conhecimentos organizado em quatro padrões, permitindo-lhe distinguir-se como uma estrutura única, sendo eles:

- **Conhecimento Empírico** – conhecimento do que é verificável, objetivo e baseado na investigação, permitindo o desenvolvimento das teorias, é reconhecida a enfermagem como ciência;

- **Conhecimento Estético** – conhecimento aliado às habilidades técnicas. Engloba o conhecimento tácito e a intuição, assim como a imaginação e a criatividade, ao mesmo tempo que invoca capacidades e habilidades de comunicação e a empatia. É reconhecida a enfermagem como arte;

- **Conhecimento Ético** – Obriga a que o enfermeiro esteja consciente de que as posições filosóficas e a cultura afetam a tomada de decisão no que diz respeito à prestação de cuidados. É o conhecimento moral sobre princípios e valores enquanto linhas orientadoras na tomada de decisão no decorrer do agir profissional. Inclui ações deliberadas e voluntárias submetidas a escolhas éticas e morais. É reconhecida como a Ética da Enfermagem;

- **Conhecimento Pessoal** – a sabedoria pessoal, o autoconhecimento, a autoconsciência e, relacionado com a consciência de Si enquanto pessoa e enfermeiro, a sua integridade e a sua autenticidade. Requer capacidade de reflexão, oportunidade para a relação e capacidade de análise e síntese do conhecimento.

Posteriormente, associa-se White (1995) em que encontra na Enfermagem um padrão de **conhecimento sociopolítico** e finalmente Chinn & Kramer (2008) o padrão de **conhecimento emancipatório**. Assim, seis padrões foram identificados no conhecimento de enfermagem.

A enfermagem encontra no caminho a seguir para garantir a sua permanência como uma disciplina que fornece um benefício para a sociedade e contempla o contexto como uma oportunidade para a visibilidade e expressão.

O padrão de conhecimento sociopolítico é transversal pois permite conhecer e reconhecer o contexto, ter uma prática contextualizada e favorecer as transformações nas políticas e leis que regulam a saúde e enfermagem. Da mesma forma, exige cuidados tendo em conta os ambientes em que ocorrem as experiências de saúde e doença das pessoas. Este padrão não deve ser implícito dentro do padrão empírico, pois através dele pode-se explicar um componente epistemológico que responda

a como os contextos em que são conhecidos. Esse padrão pode ter as suas próprias formas de expressão, como regras, planos, programas e projetos e uma credibilidade dada pela participação através da liderança, mobilização e comunicação.

3. 1 - Caracterização do Contexto

O Estágio Final decorreu no DPSM nas ECSM e o projeto foi instituído no SU Geral, numa ULS a sul do Tejo. Assim, descreverei os dois contextos, uma vez que o DPSM foi o serviço provedor e o Serviço de Urgência, o serviço no qual incidiu a intervenção. Nesta descrição partimos do geral para o particular, fazendo uma descrição global da ULS, esta que é constituída por 13 centros de saúde, 1 unidade de saúde familiar, 5 unidades de cuidados na comunidade e 66 extensões de saúde, 3 equipas comunitárias e 1 equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.

Esta ULS, detém um SU com valência médico-cirúrgica diferenciada na prestação de cuidados a doentes agudos, 215 camas, 13 de cuidados intensivos, 96 de especialidades cirúrgicas e 106 de especialidades médicas. Segundo o Plano de atividades e orçamento de 2016, esta ULS, tem 1634 colaboradores que operacionalizam em 13 concelhos e 62 freguesias, cobrindo uma área de 8542,7km².

Através do Despacho n.º 5414 de 28 de fevereiro de 2008, este SU foi classificado como um serviço de urgência Médico-Cirúrgico, tendo como valências – cirurgia geral, medicina interna, ortopedia, pediatria e imunohemoterapia. Sempre que os doentes tenham necessidade de outras valências que este SU não dispõe, é feita a transferência deste para outros hospitais do país. As transferências mais frequentes são para os hospitais com especialidades de gastroenterologia, nefrologia, unidade de hemodinâmica, cirurgia vascular e cardiotorácica.

Em relação aos recursos físicos deste SU, tem 1 balcão administrativo, para proceder à inscrição dos doentes; 1 sala de triagem; 2 salas de espera, organizadas segundo cores da triagem (1 para amarelos e laranjas e 1 para verdes e azuis. Salas com rampas de ar e de oxigénio, para utilizar numa situação de exceção, num acontecimento que comporte multivítimas; 1 sala de vigilância de doentes que já foram consultados e que possuam critérios clínicos para permanecer na mesma, com lotação de 8 doentes sentados; 1 sala de acolhimento e vigilância, na qual o enfermeiro, que está neste setor faz o acolhimento do acompanhante do doente. Responsável pelos doentes da sala polivalente. Este setor funciona entre as 10 e as 24 horas; 2 vestiários para os profissionais de saúde; 1 gabinete (diretor de serviço); 1 sala de emergência, que tem como objetivo a prestação de cuidados ao doente crítico, esta fica localizada junto à entrada do SU, com lotação de 2 doentes em simultâneo.

Neste SU, existe também 1 sala de decisão terapêutica, com lotação 8 macas, equipada com rampas de oxigénio e de ar; 1 balcão, setor para prestação de cuidados a doentes que caminham ou que estão em cadeiras de roda e doentes em maca de corredor do SU, quando a sala de decisão terapêutica está lotada; 4 gabinetes utilizados para consultas médicas e prestação de cuidados de enfermagem; 1 sala de inaloterapia, para doentes que caminham e /ou sentados e que precisam de tratamentos farmacológicos e/ou vigilância, com lotação de 10 doentes, também equipada com rampa de ar e oxigénio; 1 sala de ortopedia, para prestação de cuidados a doentes com traumatismos osteoarticulares, com maca permanente; 1 sala de pequena cirurgia, para doentes do foro cirúrgico, com recursos necessários à realização de suturas e outras técnicas invasivas, que apresenta também maca permanente.

O SU apresenta ainda 1 gabinete para consultas de psiquiatria e oftalmologia; 1 serviço de observação, com o intuito de internar os doentes que aguardam vaga no internamento e que necessitam de monitorização cardiorrespiratória não invasiva, com a lotação de 5 camas e 2 espaços para macas. O serviço de observação ainda comporta o corredor adjacente, que acolhe doentes em maca.

Este serviço tem ainda 1 gabinete da chefia de enfermagem; 1 gabinete para médicos; 1 gabinete com sofás e TV para refeições; 1 copa; 4 casas de banho (2 para profissionais de saúde e 2 doentes); 1 sala para lavagem e desinfeção de materiais; 1 dispensa para arrumo de materiais; 1 dispensa para soros; 1 sala para arrumo de roupa e impressos; 1 corredor que faz ligação deste serviço com o restante hospital, utilizado pelos profissionais e outro pelos doentes e acompanhantes.

No que respeita aos recursos materiais e equipamentos o SU dispõe de 1 carro de emergência; 7 monitores cardíacos Philips Intellivue MP 70; 2 monitores cardíacos Comen C50; 5 monitores desfibrilhadores (1 cardiolife Nihon Kohden, 1 Lifepack 20, 1 Lifepack 9 e 2 Lifepack 12 para transferências intra e inter-hospitalares); 20 seringas infusoras B- Braun ®; 13 dinamaps; 18 aspiradores de secreções; 1 ventilador invasivo (*oxylog 1000*); 1 ventilador invasivo e não invasivo (*oxylog 3000*); 1 ventilador não invasivo (*vivo 40*); rampas de ar e de oxigénio em todos os setores; 11 *Pyxis*, aparelhos onde se encontram armazenados os fármacos e os materiais necessários à administração da terapêutica prescrita e à realização de alguns tratamentos. A distribuição dos fármacos e dos materiais pelos diferentes *Pyxis* está relacionada com as características dos cuidados prestados em cada um dos sectores. Os restantes materiais utilizados para a prestação de cuidados encontram-se nas dispensas e nos armários dos diferentes setores.

Em relação aos recursos humanos, a equipa multidisciplinar do SU é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, administrativos, funcionários dos serviços de higiene e limpeza e

pelos vigilantes. Segundo dados fornecidos pela chefia do SU, existem um total de 50 enfermeiros, a desempenhar funções no serviço de urgência geral. Nesta contagem de enfermeiros, estão também incluídos a enfermeira em funções de chefia e um enfermeiro que se encontra em regime de horário fixo e que trabalha diretamente com o primeiro na gestão do serviço, acumulando concomitantemente as funções de responsável pela formação.

Nos turnos da manhã e da tarde os cuidados de enfermagem no SU são assegurados por 9 enfermeiros e no turno da noite por 6.

O sistema de triagem em vigor no SU é a triagem de Manchester, a qual permite atribuir cinco níveis de prioridade aos doentes, conforme as queixas e os sinais de gravidade apresentados pelos mesmos. Os níveis são o emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul), tendo cada um deles um tempo alvo para a primeira avaliação médica de 0, 10, 60, 120 e 240 minutos, respetivamente.

Segundo dados fornecidos pela chefia de enfermagem este SU apresenta uma afluência média diária superior a 100 doentes, cuja distribuição pelas horas do dia não é uniforme, existindo períodos em que a sobrecarga de trabalho dos profissionais aumenta consideravelmente. Cada enfermeiro fica alocado a um sector desde o início do turno e é o responsável pelos cuidados de enfermagem que são prestados aos doentes que se encontram nesse espaço, pelo que se pode considerar que o método de trabalho no SU é o método responsável/ individual. Contudo, quer para fazer face às situações de emergência, quer à sobrelotação e sobre utilização dos recursos de enfermagem de um determinado setor, é possível e desejável que exista interajuda e partilha de responsabilidades na prestação de cuidados aos doentes. A responsabilidade pelos registos e pela passagem de turno é da competência do enfermeiro responsável pelos cuidados no setor.

O local escolhido para realização do Estágio Final inserido no segundo ano do primeiro semestre, foi o DPSM, nas ECSM. O DPSM integra, em conjunto com o Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (SPIA), as consultas de psiquiatria e a UIP. Em julho de 2015 foi concedida idoneidade formativa ao serviço. Do ponto de vista geodemográfico, o DPSM tem a seu cargo 13 concelhos, respondendo por uma população de 126.692 habitantes.

A vertente ambulatória está organizada em três equipas comunitárias, com áreas geográficas distintas e definidas, e o trabalho divide-se pelas atividades realizadas no espaço físico do serviço – consultas externas de psiquiatria, psicologia, enfermagem e intervenção social – e no terreno – atividades clínicas e de consultoria nos diferentes Centros de Saúde e interligação com estruturas da comunidade. O trabalho ambulatório completa-se com o Hospital de Dia.

Desde abril de 2015 existe a UIP, com 12 camas, destinada a internamentos de situações agudas. No que concerne aos recursos humanos do DPSM estão alocados ao Ambulatório oito enfermeiros, dos quais quatro são Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Na UIP a equipa de

enfermagem é constituída por onze enfermeiros, dos quais 6 são Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica.

No que diz respeito aos médicos, são sete Psiquiatras, bem como cinco internos de Psiquiatria. Existem quatro psicólogos no DPSM, uma técnica de serviço social e três assistentes técnicos. No que diz respeito aos assistentes operacionais, no ambulatório existe um e no internamento estão dez.

O DPSM conta com a colaboração clínica de uma Farmacêutica, de uma Nutricionista e de uma administradora hospitalar. Existem três equipas de saúde mental comunitárias, em que cada uma delas é constituída por um psiquiatra, um enfermeiro, um psicólogo e uma técnica de serviço social. Estas equipas, tem como objetivo garantir a continuidade de cuidados de Psiquiatria e Saúde Mental na comunidade, com ações nos Centros de Saúde ou no domicílio. Cada equipa intervém em áreas geograficamente determinadas.

Em relação às instalações e equipamentos do DPSM estes são muito recentes, em que a sua atividade assistencial é dividida por dois pisos. Nomeadamente, o piso -1 acolhe o ambulatório, este possui gabinetes de consulta, avaliação e intervenção, sala de trabalho de Enfermagem, hospital de dia, sala de psicomotricidade, sala de formação, secretariado, arrumos e sanitários. No piso 0 situa-se o internamento psiquiátrico, este possui doze camas distribuídas por quatro enfermarias, dois quartos de isolamento para doentes agitados ou de difícil controlo, sala de trabalho de enfermagem, gabinetes, secretariado, sala ocupacional, sala de refeições, arrumos e sanitários. O jardim ocupacional do piso 1 e ala sul do piso -2 são zonas comuns aos dois serviços. Esta última possui o gabinete da direção do DPSM, biblioteca, vestiários e copa.

As atividades clínicas desenvolvidas no DPSM são as consultas de psiquiatria geral, consultas psiquiátricas de subespecialidade (Violência Doméstica e Gerontopsiquiatria), consultas de psiquiatria descentralizadas, consultas de ligação, consultas de psicologia, consultas de enfermagem, visitas domiciliárias, psicoterapias individuais, avaliações psicométricas e neuropsicológicas, perícias e relatórios forenses, consultadoria (cuidados primários e estruturas da comunidade), hospital de dia (que integra também uma área de dia), grupos terapêuticos e de psicoeducação, serviço social, internamento e urgência.

O DPSM, no que concerne às atividades formativas, detém idoneidade formativa para o Internato Complementar de Psiquiatria, estágios clínicos e profissionais de enfermeiros, médicos, psicólogos e técnicos de serviço social e estágios curriculares de alunos de medicina, por protocolo com a Universidade do Algarve. E finalmente em relação às atividades de investigação existe o Observatório dos Comportamentos Suicidários.

Em relação à formação profissional geral realiza-se uma reunião mensal de formação do serviço que contempla: sessões de formação ou seminários sobre psiquiatria e saúde mental, uma reunião mensal de projetos de investigação (última quarta feira do mês), uma reunião semanal das equipas comunitárias de saúde mental, uma reunião semanal do serviço de internamento e cursos de formação previstos no plano de formação desta ULS.

O Serviço de Psiquiatria de Adultos e ambulatório tem uma área administrativa; uma sala de espera para utentes; um gabinete do enfermeiro chefe; uma sala de reuniões; um gabinete de enfermagem comunitária; uma sala de psicomotricidade; uma sala onde funciona o hospital de dia de adultos; uma sala de trabalho; uma sala de enfermagem de apoio às consultas de Psiquiatria; quatro casas de banho (duas para os profissionais de saúde e duas para os utentes); uma arrecadação; um gabinete de serviço social; quatro gabinetes de Psicologia; dois gabinetes médicos.

De acordo com as normas internas do serviço, a primeira visita domiciliária deverá acontecer até aos 15 dias após a alta, no sentido de facilitar a readaptação do doente no meio familiar e social, exceto quando a primeira consulta de Psiquiatria após a alta ocorre antes dos 15 dias, sendo realizada a todos os doentes que apresentam as seguintes características: Portador de doença mental crónica grave, pós alta do serviço de Internamento de Psiquiatria, em situação de crise, doentes referenciados pelas equipas de saúde familiar (ex: centros de saúde comunitários) ou doentes referenciados pelos técnicos de diferentes estruturas sediadas na comunidade (ex: lares, instituições sociais, etc) funcionando estas equipas de intervenção comunitária em parceria com outras instituições como as anteriormente referidas.

Ainda no serviço de Psiquiatria de Adultos e Ambulatório, a cada dia da semana, existe um enfermeiro que fica a cargo de dar apoio à consulta de Psiquiatria, às quartas feiras ocorrem as reuniões do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental entre as equipas multidisciplinares e nos restantes dias da semana programam-se e realizam-se as visitas domiciliárias.

O Hospital de Dia existe desde 2015 e tem como objetivo principal a promoção da reabilitação da pessoa com experiência de doença mental e a sua inserção em contexto social. Este funciona às segundas e quintas-feiras de manhã e de tarde.

Os critérios de entrada de doentes para o Hospital de Dia dizem respeito à existência de uma progressão estável da doença, não apresentarem défice cognitivo e uma idade compreendida entre os 18 e os 50 anos. Para além disso, existem ainda doze normas de funcionamento do Hospital de Dia, as quais os doentes em questão se comprometem a cumprir.

No Hospital de Dia realizam-se várias atividades tendo por base a arte terapia, a musicoterapia, a psicoterapia de grupo e/ou individual e confeção de bolos para venda para angariação de dinheiro para as suas visitas em grupo, por exemplo.

Existe ainda uma revista trimestral denominada “Se eu fosse um dia o teu OLHAR”, na qual os doentes do Hospital de Dia escrevem textos sobre as suas experiências de visitas a diferentes locais, com o respetivo grupo de doentes, bem como textos alusivos a pesquisas que efetuaram relativamente a determinada altura do ano (ex: Festas de S. João, de Sto. António, etc)

Segundo dados fornecidos pelo chefe do serviço, desde 27 de abril de 2015, com a abertura do internamento psiquiátrico, o Serviço de Psiquiatria passou a assegurar urgência diária em dois regimes diferentes.

Urgência em presença efetiva:

- Todos os dias da semana (de segunda a domingo) entre as 15 e as 21h.

Urgência em prevenção:

- Todos os dias úteis entre as 21h e as 9h

- Fins de semana e feriados entre as 9-15h e as 21- 9h

Sempre que existe algum doente para avaliação de necessidade de internamento compulsivo com mandato de condução judicial, o psiquiatra de prevenção desloca-se obrigatoriamente ao serviço de urgência, após contacto telefónico, que o informa dessa necessidade. O psiquiatra assegura a resposta via telefone a qualquer pedido feito por um dos colegas do SU e desloca-se fisicamente ao SU, de acordo com a sua avaliação clínica.

Segundo dados fornecidos pela diretora do DPSM os critérios de Internamento são: Todos os sujeitos com idade superior ou igual a 17 anos e seis meses nas seguintes situações clínicas:

- Perturbação psicótica descompensada;
- Perturbação depressiva major, grave, com sintomatologia psicótica e/ou ideação suicida;
- Perturbação bipolar em episódio agudo;
- Perturbação do comportamento alimentar, mediante avaliação psiquiátrica;
- Ideação suicida, mediante avaliação psiquiátrica;
- Comportamentos disruptivos, mediante avaliação psiquiátrica;
- Aplicação da Lei de Saúde Mental com indicação clínica para internamento compulsivo.

3.2 - Questões de partida

Tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada e tendo por base uma problemática vivenciada no dia-a-dia profissional geradora de inquietação e com recurso à metodologia de Trabalho de Projeto, definiu-se como domínio para o estudo: a atitude do enfermeiro face à pessoa com CS.

No sentido de dar resposta à nossa problemática, estabelecemos como questão de partida:
“Quais as atitudes dos Enfermeiros do Serviço de Urgência geral perante a pessoa com comportamento da esfera suicidária?”

3.3 - Diagnóstico de situação

O diagnóstico da situação, visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação problema identificada, ou seja, elaborar um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende atuar e mudar (Brissos, 2004).

Uma das etapas do diagnóstico de situação é a identificação dos problemas, para que posteriormente se possam determinar as necessidades, sendo para isso importante identificar os percussores dos problemas e consequências dos mesmos (Tavares, 1990).

No que se refere à primeira questão de partida, foram nos facultados dados do SU da instituição onde decorreu o projeto, que passamos a descrever de seguida.

Através de colheita e tratamento de dados aquando da admissão no SU, pudemos constatar através do quadro nº 12, que as TS ocorrem maioritariamente no género masculino e os casos têm vindo a diminuir nos últimos anos.

Quadro nº 12- TS por género

Género	2012	%	2013	%	2015	%
Masculino	37	84,1	33	86,8	26	89,7
Feminino	7	15,9	5	15,2	3	10,3
Total	44	100	38	100	29	100

No que diz respeito à faixa etária de utentes admitidos que fez mais TS, tanto no ano de 2012, 2013 e 2015, pudemos constatar no quadro nº 13 e quadro nº 14, que foram os homens com mais de

75 anos, o que vai de encontro à revisão da literatura, tendo em conta que esta ULS se encontra no Alentejo e que um dos fatores que mais pesa é o isolamento social, assunto este, já exposto no enquadramento teórico deste relatório.

Quadro nº 13 - TS por grupo etário e género no ano de 2013

2013							
Grupo Etário Sexo	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Masculino	1	0	2	3	8	4	15
Feminino	0	0	0	1	1	1	2

Quadro nº 14 - TS por grupo etário e género no ano de 2015

2015							
Grupo Etário Sexo	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	≥75
Masculino	2	0	0	6	3	1	14
Feminino	0	0	0	0	1	2	0

Tendo em conta, os dados, estes, que se referem a um período de 10 anos (2006 a 2016), fornecidos pelo SU, 87,8% das TS são admitidas, pelos fluxogramas da triagem de Manchester, por sobredosagem/envenenamento (IVM) e 12,2% por autoagressão (enforcamento, tiro com arma, etc).

Em relação ao estado civil, 35% dos admitidos eram solteiros, 34,7% casados, 4,8% divorciados, 3% viúvos e 22,6% não se conseguiu apurar o seu estado civil. Constata-se também que na Primavera e Verão, ocorrem mais TS. De forma, mais precisa, podemos verificar que o mês de maio, é o mês em que ocorrem mais TS (10,4%), seguidamente em julho (9,9%), junho (9,5%), agosto (9,2%), abril (8,9%), setembro (8,7%), outubro (8,2%), março (7,7%), dezembro (7,3%), janeiro (7,2%), novembro (6,9%) e finalmente o mês de fevereiro (6,1%), mês que ocorrem menos TS.

Pudemos ainda verificar, que as TS, ocorrem mais frequentemente à quinta-feira e o período de admissão ocorre, segundo os dados, com mais frequência no período da tarde/noite.

No decurso destes dez anos, existiram alterações significativas, em relação à variável faixa etária. Em 2006, 19,6% das TS estavam compreendidas na faixa etária entre os 20 -29 anos e de 19,1% na faixa etária entre os 40-49 anos. Decorridos 10 anos, existe uma redução, para 11,7% na faixa etária entre os 20-29 anos e um aumento para os 20,4% na faixa etária entre os 40-49 anos.

Através da análise dos dados, pudemos comprovar, que existiu uma redução gradual, mas ligeira nos casos de TS por sobredosagem/envenenamento, uma vez que no ano de 2006, foi de 95,6% e no ano de 2016 foi de 72,6%. Em relação às admissões no SU por autoagressão, estas têm vindo a aumentar, tendo no ano de 2006, registado 4,4% e no ano de 2016, 27,4%.

Apesar dos dados facultados pela instituição, um dos problemas identificados foi a falta de sistematização dos registos, por forma a se poder fazer uma caracterização e posterior sinalização dos utentes em questão. Os registos de Enfermagem verificados apenas mencionam as intervenções interdependentes. Pelo atrás referido, podemos concluir que para além de escassos, os dados eram insuficientes, para colher dados sociodemográficos e avaliar o contexto da TS. Surge por isso a necessidade de implementação, de forma sistemática e metódica dos registos de Enfermagem.

No que toca à segunda questão de partida, esta refere-se à necessidade de avaliar a abordagem que os enfermeiros do serviço de urgência geral têm face à pessoa que fez tentativa de suicídio.

O comportamento da esfera suicidária tende a suscitar fortes reações nos profissionais de saúde, família e até da comunidade. (Hawton & Catalan, 1982)

De acordo com Cleaver (2014) desde muito cedo as atitudes das equipas de emergência face às pessoas com comportamento suicidário tiveram importância. Foi reconhecido que os níveis de assistência prestada em situações de emergência eram muitas vezes inaceitáveis, apesar disso as atitudes ao longo dos tempos têm vindo a melhorar.

O comportamento e método usado para a tentativa de suicídio influencia as atitudes dos profissionais de saúde (Dickinson & Hurley, 2011).

Os profissionais de saúde podem sentir ambivalência de sentimentos em relação a estes utentes, pois consideram-nos como sendo doentes problemáticos ou que buscam atenção. Se o comportamento suicidário estiver associado a uma alta intenção suicida, geralmente evoca simpatia nos profissionais de saúde, mas quando a intenção é baixa e que parece estar associada a motivos de natureza manipuladora, muitas vezes são vistos de forma antipática. (Domino et al., 1982; Hawton & Catalan, 1982)

Vários estudos corroboram que existe uma correlação entre o conhecimento dos profissionais de saúde e as atitudes negativas em relação a estes utentes, em que quanto mais conhecimento existe menos atitudes negativas são descritas. (Timson et al., 2012) Segundo Dickinson & Hurley (2011) as atitudes de antipatia reduzem com o aumento de formação na área do suicídio. Um estudo revelou que os participantes com mais formação estavam mais preocupados, mas não expressavam atitudes negativas. Os participantes que trabalham nos serviços de pediatria, psiquiatria, enfermeiras especialistas em saúde mental e pedopsiquiatria expressaram atitudes mais positivas em relação aos restantes profissionais de outros serviços. (Crawford et al. 2003) O impacto da formação mostrou-se associado a atitudes mais positivas. (Martin & Chapman, 2014)

As atitudes negativas podem afetar e prejudicar a segurança dos doentes. A formação do pessoal do serviço de urgência e da unidade de cuidados intensivos procura melhorar a consciencialização, promover a implementação de diretrizes e melhorar as atitudes (McCann et al., 2007). As pessoas com comportamento suicidário não são consideradas doentes prioritários (Cleaver, 2014), priorizam apenas os cuidados físicos que são mais rápidos e que provocam mais sofrimento.

As mulheres com comportamento suicidário são vistas de forma mais positiva, com atitudes mais positivas (Hawtow et al, 2012).

Foram descritos outros fatores que influenciavam as atitudes, tais como, relacionamentos de enfermeiros com pessoas que tivessem já tido comportamento suicidário, onde eram relatadas atitudes mais favoráveis. (Demirkiran & Eskin, 2006)

É crucial que os enfermeiros transformem as suas atitudes através de formação, reflexão e supervisão clínica, de forma a que esta seja mais favorável, ajudando a eliminar o potencial de uma nova tentativa de suicídio. (Ouzouni & Nakakis, 2013)

Após análise exaustiva dos dados facultados podemos considerar que existe um número significativo de utentes admitidos no SU com comportamento da esfera suicidária e que existe uma necessidade de intervenção organizada neste grupo de utentes.

Por outro lado, após realização de revisão integrativa acerca das atitudes dos enfermeiros face às pessoas com comportamento suicidário, leva-nos a concluir que vários fatores influenciam as atitudes, nomeadamente o contexto de trabalho, a formação na área, a experiência dos profissionais de saúde e o contacto pessoal que estes já tenham tido com pessoas com comportamento da esfera suicidária.

Assim, definiu-se como domínio para o estudo: a atitude do enfermeiro face à pessoa com comportamento da esfera suicidária.

O problema de investigação identificado foi: “Quais as atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência geral perante a pessoa com comportamento da esfera suicidária?”

3.3.1 – População e amostra do estudo

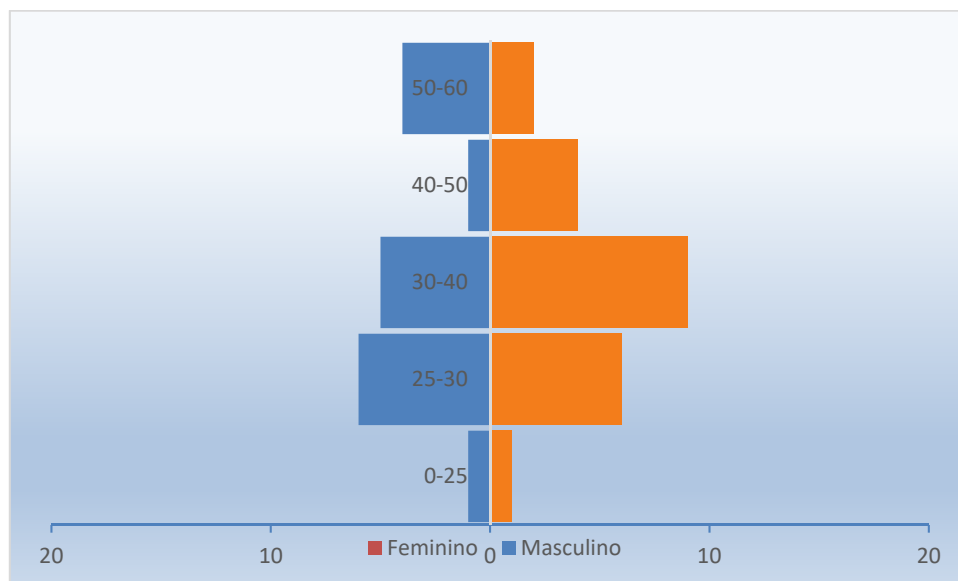
Após autorização da Enfermeira em funções de chefia e do diretor do SU geral, o questionário foi aplicado, a 39 enfermeiros deste serviço, o que corresponde a 78% da equipa de Enfermagem, estes deram o seu consentimento para participarem no estudo, tendo sido dada garantia do anonimato, confidencialidade e apropriabilidade do estudo.

Os questionários foram entregues aos enfermeiros em mão e explicados os objetivos do estudo. O tempo médio de preenchimento dos questionários foi de quinze minutos, tendo sido efetuada a sua recolha, sempre que possível, no final do preenchimento. Na entrega, os colegas revelaram que o questionário, não foi de fácil preenchimento, uma vez que tinham que refletir de forma aprofundada acerca de cada questão. Alguns confessaram, nunca ter refletido muito acerca destas questões associadas ao suicídio.

A grande maioria dos enfermeiros do SU é composta por enfermeiros generalistas, embora nos últimos anos se tenha verificado um aumento progressivo de enfermeiros especialistas, particularmente na área da enfermagem médico-cirúrgica, na vertente da pessoa em situação crítica. Quer isto dizer que na prestação de cuidados no SU, a grande maioria dos enfermeiros se rege pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001), pelo Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, pelo REPE e pelo Código Deontológico da profissão.

A amostra foi constituída por 39 enfermeiros a exercer funções no SU maioritariamente feminina com 56% e 44% constituída por enfermeiros. Como pudemos constatar através do gráfico nº 1.

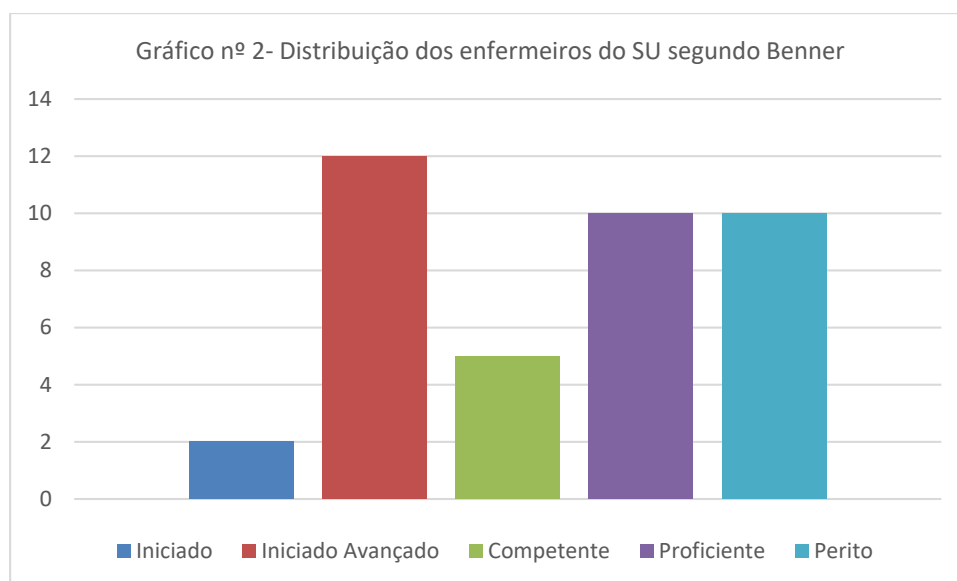
Gráfico nº 1- Amostra do estudo



Tais dados são congruentes com os valores da população, tal como referido por Benner (2001), a profissão de enfermagem é sobretudo exercida por mulheres. A idade dos enfermeiros da amostra varia entre os 23 e 58 anos (*média* = 35,7 anos; *desvio padrão* = 10,04 anos).

Os anos de profissão dos colegas, variam entre 1 e 35 anos (*média* = 12,30 anos; *desvio padrão* = 9,7545 anos), sendo a maior frequência no intervalo dos 0-10 anos (46,7%).

Relativamente aos anos de exercício profissional, operacionalizados de acordo com os níveis de desenvolvimento profissional propostos por Benner (2001) e como pudemos constatar através do gráfico nº 2, a equipa está distribuída de forma quase equitativa, uma vez que os níveis que mais predominam são os de iniciado avançado (30,76%), bem como o nível de proficiente (25,64%) e perito (25,64%), no nível competente (12,82%) e finalmente o nível iniciado (5,13%). Esta análise de dados permite compreender o nível de desenvolvimento em que a maioria dos enfermeiros se encontra, e qual a sua repercussão nas atitudes adotadas em relação a estas pessoas.



Benner (2001), através do Modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à Enfermagem, procura demonstrar que “a prática é, em si mesma, um modo de se obter conhecimento” e identifica cinco níveis de competência na prática clínica de enfermagem: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A enfermeira iniciada caracteriza-se por não possuir nenhuma experiência, o seu desempenho é baseado no cumprimento de regras e instruções.

No nível de Iniciado, o enfermeiro não tem nenhuma experiência das situações com que possa ser confrontado, são-lhe ensinadas as normas, independentemente do contexto, para guiar os seus atos em função dos diversos elementos. Tem um comportamento típico extremamente limitado e rígido. Todos os enfermeiros que integram um novo serviço em que não conhecem os doentes podem encontrar-se a este nível, se os aspetos inerentes aos cuidados e os objetivos não-lhe forem familiares.

No nível Iniciado avançado, o enfermeiro já experienciou situações reais para notar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas, é necessária experiência para reconhecer estes fatores significativos em situação real. O enfermeiro neste nível ainda não é capaz de priorizar.

No nível Competente, o enfermeiro trabalha no mesmo serviço há 2 ou 3 anos, torna-se competente porque já estabelece um plano sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema. São enfermeiros mais organizados, fazem exercício da tomada de decisão, planeiam e coordenam os múltiplos e diversos cuidados para fazer face às necessidades dos doentes.

No nível de Proficiente o enfermeiro tem uma compreensão global, o que melhora o seu processo de decisão que se torna cada vez mais exigente. Este aprende pela experiência, quais os acontecimentos típicos acontecem numa determinada situação e como se podem reconhecer.

Aprende melhor quando se utiliza estudos de caso e por método indutivo. Tem capacidade de reconhecer uma deterioração do estado do doente antes mesmo das mudanças explícitas nos sinais vitais.

No nível de Perito o enfermeiro tem uma grande experiência, compreende de uma maneira intuitiva e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos inviáveis. Age a partir de uma compreensão profunda da situação global.

3.3.2 – Colheita de dados

Após revisão da literatura com o objetivo de determinar qual o instrumento para colheita de dados mais adequado para o estudo em questão, selecionámos o *Attitudes Towards Attempted Suicide Questionnaire* (ATAS-Q). Este questionário, foi desenvolvido em 2009, em inglês por Christina Ouzouni e Konstantinos Nakakis, o qual se encontra no anexo A o artigo original.

Segundo o artigo original este questionário inicialmente comportava 102 itens, que foram introduzidos de acordo com a revisão da literatura efetuada. Foi realizado um estudo piloto com uma amostra de 40 ($n = 40$) médicos e enfermeiros, para avaliar a viabilidade e aceitação do instrumento desenvolvido. Os questionários foram então distribuídos a uma amostra de 186 ($n = 186$) médicos e enfermeiros, que trabalhavam em dois hospitais gerais em Atenas, com o fim de estabelecer a validade da escala da análise fatorial. A análise preliminar dos questionários preenchidos permitiu reduzir dos 102 itens do questionário para 80. O ATAS-Q revelou uma alta consistência interna, com alfa de Cronbach de 0,96 ($\alpha = 0,96$), pelo que foi considerado como uma ferramenta de medição útil.

Pela necessidade de aplicarmos o instrumento à população portuguesa, fizemos nova pesquisa com o intuito de garantirmos se o ATAS-Q, já havia sido traduzido e adaptado para a população portuguesa, o que se confirmou. No âmbito da realização do Relatório do trabalho de Projeto para cumprimento dos requisitos à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, em abril de 2014, a senhora Enfermeira Cláudia Tavares, executou a tradução e adaptação do questionário. Este manteve a validade de conteúdo requerida. Foi feito um pedido de autorização para aplicação do questionário traduzido, o qual foi denominado como S13. Obtivemos a autorização para utilização do mesmo, a qual se encontra no anexo B.

O S13 avalia oito fatores, que foram relevantes para a análise das atitudes nas suas três dimensões (cognitiva, afetiva e comportamental), numa escala do tipo Likert, esta que, consiste em pedir aos sujeitos que indiquem se estão mais ou menos de acordo ou em desacordo relativamente a um certo número de enunciados, escolhendo entre cinco respostas possíveis. (Fortin, 1999)

A dimensão cognitiva avalia as crenças e informações relativas ao objeto da atitude, isto é, pretende avaliar os conhecimentos que os enfermeiros têm, ou pensam ter, em relação aos indivíduos que tentaram o suicídio, e que se manifesta por uma determinada atitude face aos mesmos, sendo ilustrada nos fatores, "positivismo", "traços de personalidade", "doença mental" e "religiosidade". A dimensão afetiva avalia as emoções experimentadas do objeto, ou seja, avalia os sentimentos de rejeição ou atração sentidos pelos enfermeiros relativamente a esses indivíduos, revelando atitudes de compreensão ou incompreensão pelos atos que praticaram, e encontra-se representada no fator "aceitabilidade". Por fim, a dimensão comportamental identifica a pré-disposição para a ação no que respeita ao objeto da atitude, isto é, o comportamento ou maneira de agir dos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados a estes indivíduos, encontrando-se representada nos fatores, "Papel dos profissionais", "manipulação" e "discriminação".

3.3.3 - Tratamento dos Dados

Os dados obtidos foram tratados informaticamente através do programa Microsoft Office Excel 2016.

3.3.4 - Resultados obtidos

Mediante avaliação dos dados obtidos na aplicação do questionário S13 aos enfermeiros do serviço de urgência geral, identificámos que como atrás foi referido, 51,28% da amostra está segundo Patrícia Benner, no nível de Proficiente e Perito. Em ligação com esta autora, a condição prévia para a percepção de uma situação é um conhecimento prévio ou a existência de um comportamento tipo. Na prática, este conhecimento anterior, ou pré-conhecimento, é muitas vezes formado a partir das experiências anteriores e pela teoria. No nível de desenvolvimento em que maioritariamente os enfermeiros se encontram, as atitudes já se formaram com base nas experiências anteriores, sendo necessário uma reformulação dessa percepção para que possa ocorrer mudança.

De acordo com as dimensões sugeridas pelo ATAS-Q, apresentaremos, também por essa ordem, as respostas às questões que incluíram cada um dos oito fatores. Relativamente à variável, atitude do enfermeiro perante o indivíduo com comportamento suicidário, foram analisadas as respostas dadas a 80 afirmações obtidas mediante aplicação do S13.

Em relação à escala de avaliação, foi utilizada neste questionário, uma escala do tipo Likert. Esta distribui-se da seguinte forma: o número 1 corresponde à afirmação - discordo totalmente, o número 2- discordo, 3- indeciso, 4- concordo e 5- concordo totalmente.

A dimensão cognitiva da atitude inclui os seguintes fatores:

- Fator “Positivismo”

Neste fator pretende-se avaliar as atitudes dos enfermeiros perante a pessoa com comportamento suicidário, se estas são positivas ou negativas, e de que forma influenciam na prestação de cuidados.

No quadro nº 15, encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a negrito as que obtiveram a maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q1. As pessoas que tentam cometer o suicídio são irresponsáveis.	41,0%	51,3%	5,1%	2,6%	0,0%
Q2. A tentativa de suicídio é essencialmente um pedido de ajuda.	5,1%	33,3%	17,9%	43,6%	0,0%
Q3. Gosto de ajudar pacientes que tentaram o suicídio	0,0%	7,7%	30,8%	53,8%	7,7%
Q4. Pacientes que tentaram o suicídio e se encontram hospitalizados, tentarão novamente o suicídio independentemente do apoio que receberam por parte dos profissionais de saúde.	5,1%	61,5%	28,2%	5,1%	0,0%
Q13. Sentir-me-ia envergonhado se um membro da minha família tentasse cometer o suicídio	25,6%	59,0%	5,1%	10,3%	0,0%
Q15. É difícil e desagradável tratar do paciente que tentou cometer o suicídio.	7,7%	66,7%	17,9%	7,7%	0,0%
Q16. Se tentarmos o suicídio uma vez, teremos tendências suicidas para sempre.	5,1%	46,2%	30,8%	17,9%	0,0%
Q17. É frustrante cuidar de pacientes que tentaram suicídio.	15,4%	64,1%	15,4%	5,1%	0,0%
Q18. Os pacientes que tentaram o suicídio devem ser tratados com métodos rigorosos.	12,8%	28,2%	12,8%	43,6%	2,6%
Q21. Sinto-me desconfortável, sempre que trato de pacientes que tentaram cometer suicídio.	7,7%	64,1%	17,9%	10,3%	0,0%
Q25. Os pacientes que tentaram cometer suicídio só pensam neles próprios.	17,9%	51,3%	12,8%	17,9%	0,0%
Q26. Se forem utilizados métodos desagradáveis (ex: lavagem gástrica) no tratamento de pacientes que tentaram cometer o suicídio, estes podem prevenir uma nova tentativa.	17,9%	64,1%	12,8%	5,1%	0,0%

Q27. Uma pessoa que já tenha efetuado várias tentativas de suicídio, corre maior risco de conseguir o seu objetivo no futuro, e por isso necessita de ajuda e compreensão.	0,0%	2,6%	15,4%	61,5%	20,5%
Q35. A empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, poderá influenciar de modo positivo um paciente que tentou o suicídio, levando-o a reconsiderar uma futura tentativa.	0,0%	10,3%	12,8%	66,7%	10,3%
Q36. Sinto satisfação em cuidar de pacientes que tentaram cometer o suicídio, tendo por eles a mesma compreensão do que pelos outros pacientes.	0,0%	10,3%	30,8%	48,7%	10,3%
Q37. Eu acredito que pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio, serão incapazes de ter uma vida normal após a sua alta.	15,4%	82,1%	0,0%	2,6%	0,0%
Q38. Aqueles que tentam o suicídio, são cobardes que não conseguem enfrentar os desafios da vida.	43,6%	43,6%	12,8%	0,0%	0,0%
Q40. Tento estabelecer uma relação empática com o paciente que tentou o suicídio, para que este possa exprimir os seus problemas.	0,0%	0,0%	12,8%	71,8%	15,4%
Q42. Tenho dificuldade em compreender uma pessoa que tentou o suicídio.	2,6%	51,3%	23,1%	23,1%	0,0%
Q44. Frequentemente sinto compaixão e compreensão em relação aos pacientes que tentaram suicídio	0,0%	10,3%	20,5%	66,7%	2,6%
Q65. As pessoas que tentam o suicídio, têm fragilidades não detetáveis por aqueles que os rodeiam.	0,0%	17,9%	10,3%	61,5%	10,3%
Q69. A maioria das pessoas que tentam o suicídio, fazem um uso indevido dos Serviços de Saúde	7,7%	64,1%	25,6%	2,6%	0,0%
Q70. Uma intoxicação medicamentosa como tentativa de suicídio, é mais aceitável do que um suicídio violento provocado por arma de fogo.	28,2%	66,7%	2,6%	2,6%	0,0%
Q71. Os pacientes que tentam cometer suicídio, não são responsáveis pelas suas ações, mas sim vítimas do meio envolvente e necessitam de compreensão.	2,6%	64,1%	12,8%	20,5%	0,0%
Q.73. As pessoas que tentam o suicídio ocupam muito tempo aos profissionais, tornando-os indisponíveis para atender outros pacientes que necessitam de maior ajuda.	15,4%	71,8%	5,1%	5,1%	2,6%
Q.76. Por vezes, sinto-me nervoso, quando tenho de cuidar no Hospital, de um paciente que fez uma tentativa de suicídio.	7,7%	74,4%	5,1%	12,8%	0,0%
Q.80. O facto de uma pessoa ter tentado o suicídio, não significa que não consiga retomar o curso normal da sua vida.	0,0%	5,1%	0,0%	61,5%	33,3%

Quadro nº 15 – Fator “Positivismo”

Após análise das respostas, em relação à questão “As pessoas que tentam cometer o suicídio são irresponsáveis”, a maioria discorda. “A tentativa de suicídio é essencialmente um pedido de ajuda”, 43,6% concorda e 33,3% discorda, denotando-se nesta questão já algum distanciamento de atitudes entre a equipa. A maioria dos enfermeiros afirma que gosta de ajudar pacientes que tentaram o suicídio. Em relação à questão, “Pacientes que tentaram o suicídio e se encontram hospitalizados, tentarão novamente o suicídio independentemente do apoio que receberam por parte dos profissionais de saúde”, 61,5% discorda, o que reflete que os enfermeiros têm noção do impacto que a prestação de cuidados tem numa nova TS.

No que diz respeito à questão, “Sentir-me-ia envergonhado se um membro da minha família tentasse cometer o suicídio”, 59% dos enfermeiros discorda, o que revela que não estigmatizam estes doentes. A maioria da amostra não considera difícil e nem desagradável tratar do paciente que tentou cometer o suicídio.

Em relação à questão “Se tentarmos o suicídio uma vez, teremos tendências suicidas para sempre”, 46,2% da amostra discorda, o que revela que grande parte da equipa tem alguns conhecimentos na área do suicídio. A maioria da amostra não considera que seja frustrante cuidar de pacientes que tentaram suicídio.

Em relação à questão, “Os pacientes que tentaram o suicídio devem ser tratados com métodos rigorosos”, 28,2% discorda e 43,6% concorda. Estes resultados revelam as variadas atitudes e comportamentos que podem ser assistidas no SU.

No que diz respeito à questão, “Sinto-me desconfortável, sempre que trato de pacientes que tentaram cometer suicídio”, 64,1% discorda e 10,3% concorda.

No que concerne à questão, “Os pacientes que tentaram cometer suicídio só pensam neles próprios”, 51,3% discorda e 17,9% concorda, o que revela que a maioria tem uma atitude de compreensão por parte do utente.

Em relação à questão, “Se forem utilizados métodos desagradáveis (ex: lavagem gástrica) no tratamento de pacientes que tentaram cometer o suicídio, estes podem prevenir uma nova tentativa”, 64,1% discorda e 5,1% concorda. Esta minoria revela falta de conhecimento e de compreensão. A punição, continua desta forma a ser considerada como uma forma de condicionamento comportamental.

A maioria dos inquiridos (61,5%) concorda com a questão, “Uma pessoa que já tenha efetuado várias tentativas de suicídio, corre maior risco de conseguir o seu objetivo no futuro, e por isso necessita de ajuda e compreensão”, tendo em conta que quantas mais TS forem feitas maior o risco do ato se consumir.

No que concerne à questão, “A empatia demonstrada pelos profissionais de saúde, poderá influenciar de modo positivo um paciente que tentou o suicídio, levando-o a reconsiderar uma futura tentativa”, 66,7% concorda e 10,3% discorda.

Em relação à questão, “Sinto satisfação em cuidar de pacientes que tentaram cometer o suicídio, tendo por eles a mesma compreensão do que pelos outros pacientes”, 48,7% concorda e 10,3% discorda.

A maioria (82,1%) dos enfermeiros discorda em relação à questão, “Eu acredito que pacientes hospitalizados após uma tentativa de suicídio, serão incapazes de ter uma vida normal após a sua alta.”

A maioria (87,2%) da amostra discorda no que concerne à questão, “Aqueles que tentam o suicídio, são cobardes que não conseguem enfrentar os desafios da vida.”

No que concerne em relação à questão, “Tento estabelecer uma relação empática com o paciente que tentou o suicídio, para que este possa exprimir os seus problemas.”, 71,8% concorda.

Em relação à questão, “Tenho dificuldade em compreender uma pessoa que tentou o suicídio”, 23,1% admite que tem essa dificuldade.

A maioria (66,7%) dos inquiridos concorda com a afirmação, “Frequentemente sinto compaixão e compreensão em relação aos pacientes que tentaram suicídio.”. No entanto, existe uma minoria (10,3%) que admite que não.

Em relação à questão, “As pessoas que tentam o suicídio, têm fragilidades não detetáveis por aqueles que os rodeiam”, 61,5% concorda e 17,9% discorda.

A maioria (64,1%) da amostra discorda com a afirmação, “A maioria das pessoas que tentam o suicídio, fazem um uso indevido dos Serviços de Saúde”.

No que concerne à afirmação, “Uma intoxicação medicamentosa como tentativa de suicídio, é mais aceitável do que um suicídio violento provocado por arma de fogo”, 66,7% discorda.

A maioria (64,1%) da amostra discorda da afirmação, “Os pacientes que tentam cometer suicídio, não são responsáveis pelas suas ações, mas sim vítimas do meio envolvente e necessitam de compreensão”.

Em relação à afirmação, “As pessoas que tentam o suicídio ocupam muito tempo aos profissionais, tornando-os indisponíveis para atender outros pacientes que necessitam de maior ajuda”, 87,2% discorda.

A maioria (74,4%) da amostra discorda da afirmação, “Por vezes, sinto-me nervoso, quando tenho de cuidar no Hospital, de um paciente que fez uma tentativa de suicídio”.

No que concerne à afirmação, “O facto de uma pessoa ter tentado o suicídio, não significa que não consiga retomar o curso normal da sua vida”, 61,5% concorda.

Fator “Traços de Personalidade”

Neste fator pretende-se avaliar se existe uma atitude compreensiva por parte dos enfermeiros em relação ao indivíduo que tentou o suicídio, tendo em conta os seus traços de personalidade. No quadro nº 16, encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a negrito as que obtiveram uma maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q11. A maior parte das pessoas que tentam o suicídio, não querem realmente morrer.	2,6%	25,6%	28,2%	41,0%	2,6%
Q55. Pessoas sem raízes ou ligações familiares, apresentam maior risco de cometer suicídio.	5,1%	48,7%	15,4%	28,2%	2,6%
Q58. As pessoas que ameaçam cometer suicídio, raramente o fazem.	10,3%	61,5%	15,4%	12,8%	0,0%
Q78. A maioria das pessoas que tenta o suicídio são solitárias e deprimidas.	5,1%	28,2%	28,2%	35,9%	2,6%

Quadro nº 16 – Fator “Traços de Personalidade”

Das respostas obtidas podemos concluir que:

A maioria (41%) dos enfermeiros concorda que a maior parte das pessoas que tentam o suicídio não querem realmente morrer. No entanto 25,6% discorda.

Em relação à afirmação, “Pessoas sem raízes ou ligações familiares, apresentam maior risco de cometer suicídio”, 48,7% discorda, o que evidencia falta de conhecimento dos fatores de risco do suicídio por parte da equipa.

Cerca de 61,5% dos enfermeiros discordaram da afirmação que sugere que as pessoas que ameaçam cometer o suicídio raramente o fazem.

No que concerne à afirmação, “A maioria das pessoas que tenta o suicídio são solitárias e deprimidas”, 28,2% discordam.

- Fator “Doença Mental”

No fator Doença Mental pretende-se avaliar a opinião dos enfermeiros relativamente aos cuidados a prestar ao indivíduo que tentou o suicídio. No quadro nº 17 encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a negrito as que obtiveram uma maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q12. As pessoas que tentam o suicídio, e sobrevivem, deviam fazer terapia, de modo a perceberem as razões que levaram ao ato.	0,0%	0,0%	2,6%	64,1%	33,3%
Q22. As pessoas que tentam cometer o suicídio estão normalmente perturbadas mentalmente.	0,0%	12,8%	2,6%	71,8%	12,8%
Q24. As pessoas que tentam o suicídio devem ser tratadas em regime de Ambulatório	5,1%	38,5%	43,6%	23,1%	2,6%
Q56. É raro que alguém que esteja a pensar cometer suicídio, seja dissuadido por um “ombro amigo”	5,1%	43,6%	28,2%	23,1%	0,0%
Q59. Muitas das tentativas de suicídio, são o resultado do desejo das vítimas de se “vingarem” de alguém.	7,7%	59,0%	17,9%	15,4%	0,0%
Q75. As pessoas que tentam suicídio estão tão doentes mentalmente, que deviam ser tratadas num hospital psiquiátrico desde o início.	0,0%	33,3%	23,1%	35,9%	7,7%
Q77. Acho que necessito de formação adicional em Psiquiatria, para tratar doentes que tentaram o suicídio, e se encontram hospitalizados	0,0%	5,1%	7,7%	69,2%	17,9%
Q79. Pacientes que efetuaram uma tentativa de suicídio, devem no dia da sua admissão, ser tratadas numa área de atendimento psiquiátrico, do Hospital Geral.	0,0%	10,3%	2,6%	61,5%	25,6%

Quadro nº 17 – Fator “Doença Mental”

A maioria (64,1%) dos inquiridos concorda com a afirmação “As pessoas que tentam o suicídio, e sobrevivem, deviam fazer terapia de modo a perceberem as razões que levaram ao ato”.

No que diz respeito à afirmação “As pessoas que tentam cometer o suicídio estão normalmente perturbadas mentalmente”, 71,8% concorda.

No que concerne à afirmação, “As pessoas que tentam o suicídio devem ser tratadas em regime de Ambulatório”, as respostas foram muito divergentes, uma vez que 38,5% discordou, 43,6% mostrou-se indeciso e 23,1% concordou.

A maioria (43,6%) da amostra discordou da afirmação, “É raro que alguém que esteja a pensar cometer suicídio, seja dissuadido por um “ombro amigo”.

Em relação à afirmação, “Muitas das tentativas de suicídio, são o resultado do desejo das vítimas de se “vingarem” de alguém”, as respostas foram muito diversificadas, 59% discordou, 15,4% concordou, 17,9% mostrou-se indeciso.

Em relação à afirmação, “As pessoas que tentam suicídio estão tão doentes mentalmente, que deviam ser tratadas num hospital psiquiátrico desde o início”, 33,3% da amostra discordou, 35,9% concordou e 23,1% mostrou-se indeciso.

A maioria (69,2%) dos inquiridos concordou com a afirmação, “Acho que necessito de formação adicional em Psiquiatria para tratar doentes que tentaram o suicídio, e se encontram hospitalizados”, o que nos demonstra ser um preditivo como necessidade de intervenção.

A maioria (61,5%) da amostra concorda com a afirmação de que, os “Pacientes que efetuaram uma tentativa de suicídio, devem no dia da sua admissão, ser tratadas numa área de atendimento psiquiátrico, do Hospital Geral”, o que revela que pelo ritmo e dinâmica do SU, não encontram tempo nem espaço, para cuidarem, de forma adequada destas pessoas.

- Fator “Religiosidade”

Durkheim (2011) considera que religião é “um sistema solidário de crenças e práticas relativas a coisas sagradas, isto é, separadas interditas, crenças e práticas que unem numa mesma comunidade moral, chamada Igreja, todos os que a ela aderem”.

Stompe & Ritter (2011) referem que nenhuma das religiões mundiais argumenta a favor do suicídio, contudo, o grau de recusa varia. O judaísmo, o cristianismo e o islamismo, têm uma posição mais pronunciada contra o suicídio em relação a outras religiões. As posições ateístas, apresentam um amplo leque de opiniões, desde a recusa radical à aprovação cautelosa. Em religiões como o hinduísmo e o budismo, as atitudes em relação ao suicídio podem ser mais liberais (Bhugra, 2010)

Estudos prévios verificaram que as taxas de suicídio são mais baixas em países religiosos do que em países detentores de uma baixa religiosidade, estes por sua vez estão associados a comportamentos suicidários e a ideação suicida. Aceita-se que a religiosidade tenha um efeito positivo direto e indireto na saúde mental, sendo que as crenças podem prevenir o suicídio. (SPS, 2014)

No presente estudo pretende-se avaliar se existe uma influência do pensamento religioso nas atitudes dos enfermeiros para com o indivíduo que tentou o suicídio, e se consideram este ser um fator de proteção contra os comportamentos da esfera suicidária. No quadro nº 18 encontram-se as respostas obtidas em relação a este fator, encontrando-se identificadas a negrito as que obtiveram a maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q6. O suicídio vai contra as leis de Deus.	15,4%	15,4%	33,3%	25,6%	10,3%
Q8. As pessoas que tentam o suicídio são, enquanto grupo, menos religiosas.	12,8%	61,5%	25,6%	0,0%	0,0%
Q46. O suicídio é uma transgressão moral muito séria	15,4%	23,1%	35,9%	20,5%	5,1%
Q48. A maioria das pessoas que tenta cometer o suicídio não acredita em Deus.	25,6%	61,5%	10,3%	2,6%	0,0%
Q51. As pessoas que cometem o suicídio não têm convicções religiosas.	20,5%	64,1%	15,4%	0,0%	0,0%
Q54. Em geral, o suicídio é um pecado que não deve ser perdoado.	48,7%	46,2%	5,1%	0,0%	0,0%
Q60. A uma maior incidência de suicídio, corresponde uma menor influência da religião.	23,1%	61,5%	10,3%	5,1%	0,0%

Quadro nº 18 – Fator “Religiosidade”

Em relação à afirmação, “O suicídio vai contra as leis de Deus.”, as respostas divergem, 15,4% discorda, 33,3% mostra-se indeciso e 25,6% concorda.

A maioria (61,5%) da amostra discorda da afirmação, “As pessoas que tentam o suicídio são, enquanto grupo, menos religiosas.”

Mais uma vez, as respostas da amostra divergem em relação à afirmação, “O suicídio é uma transgressão moral muito séria”, sendo que, 23,1% discorda, 35,9% mostra-se indeciso e 20,5% concorda.

Em relação à afirmação, “A maioria das pessoas que tenta cometer o suicídio não acredita em Deus”, 61,5% discorda.

A maioria (64,1%) da amostra discorda da afirmação, “As pessoas que cometem o suicídio não têm convicções religiosas”

A esmagadora maioria (94,9%) dos inquiridos discorda da afirmação, “Em geral, o suicídio é um pecado que não deve ser perdoado”.

Em relação à afirmação, “A uma maior incidência de suicídio, corresponde uma menor influência da religião”, 61,5% discorda.

Após análise dos resultados apresentados no quadro nº 18, identificamos que o número de respostas discordantes obtidas na maioria das afirmações que identificavam o suicídio como transgressão moral é o que nos leva a retirar uma relação, que os enfermeiros não atribuem um valor significativo ao fator “religiosidade” como agente influenciador, quer na sua atitude, assim no comportamento do indivíduo que tentou o suicídio.

Avaliação da influência da dimensão cognitiva na Atitude

No quadro nº 19 podemos observar os *scores* médios obtidos nos fatores que avaliaram a dimensão cognitiva da atitude.

DIMENSÃO COGNITIVA		
FATOR	SCORE MÉDIO	DESVIO PADRÃO
POSITIVISMO	2,70557	0,74356
TRAÇOS DE PERSONALIDADE	2,80769	0,32459
DOENÇA MENTAL	3,49451	0,68043
RELIGIOSIDADE	2,18315	0,474667
TOTAL	2,79772	

Quadro n.º 19 - Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão cognitiva da atitude

Ao efetuar a análise das respostas mais relevantes aos fatores que avaliam a dimensão cognitiva da atitude, podemos concluir que: existe uma atitude maioritariamente positiva por parte dos enfermeiros em relação aos indivíduos com comportamento da esfera suicidária, embora as respostas obtidas possam não corresponder ao que na realidade se passa, uma vez que as respostas podem ser dadas, com o que seria expectável, não sendo congruentes com o comportamento evidenciado na prática diária por estes profissionais.

Na realidade os enfermeiros deste serviço concentram a sua atenção numa prestação de cuidados mais técnica, incidindo a sua prestação de cuidados apenas no tratamento biomédico e evitam o diálogo, por motivações diversas, quer seja por ordem do ritmo que o serviço apresenta, quer pela falta de espaço para diálogo com estes utentes ou até mesmo por fuga/escape da pessoa, por forma a se protegerem contra a angústia que estas situações acarretam, adotando estratégias de atuação, que muitas vezes se limitam a manter conversas superficiais, indo até a atitudes de indiferença, numa tentativa de tentar ignorar a presença destes indivíduos, o que foi evidente na resposta à Q3 onde a maioria (53,8%) mencionou que gosta de ajudar utentes por TS, não sendo na realidade essa a opinião proferida pela maioria na prática diária.

No entanto, pelas respostas obtidas podemos considerar que alguns enfermeiros deste serviço demonstram alguma compreensão pelos indivíduos com comportamento suicidário, sendo elevado o número (51,3%) que considera que estes não são irresponsáveis por terem este tipo de comportamento, e que muitas vezes este ocorre como um pedido de ajuda (43,6%). Ainda assim alguns

(5,1%) continuam a considerar que a punição pode ser utilizada como forma de dissuasão de futuras reincidências de comportamentos suicidários.

Ainda na avaliação da dimensão cognitiva da atitude podemos observar que existe alguma compreensão pela adoção destes comportamentos, se existirem alguns fatores de risco presentes nestes indivíduos. Muitos enfermeiros sentem-se muitas vezes impotentes na relação com os mesmos, por julgarem, que a sua intervenção não será relevante na sua recuperação, pelo facto de não possuírem formação específica nesta área.

Não foi evidente uma influência das crenças religiosas na atitude dos enfermeiros, nem estes associaram a sua prática com uma diminuição de comportamentos suicidários. Ainda assim, existe uma percentagem de enfermeiros que consideram que o suicídio é uma transgressão moral muito séria (20,5%).

A dimensão Afetiva da atitude inclui o seguinte fator:

- Fator “Aceitabilidade”

Neste fator pretende-se avaliar a dimensão afetiva da atitude dos enfermeiros, tendo em conta, a aceitabilidade do indivíduo que tentou o suicídio. No quadro nº 20 pode observar-se a distribuição das frequências relativas das respostas obtidas no S13, encontrando-se identificadas a negrito as que obtiveram a maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q5. Potencialmente cada um de nós pode tentar o suicídio.	0,0%	7,7%	12,8%	66,7%	12,8%
Q19. Fatores externos, como a falta de dinheiro, são um dos motivos para o suicídio.	0,0%	5,1%	12,8%	76,9%	5,1%
Q28. As pessoas que se suicidam, não deviam ser enterradas no mesmo cemitério onde são enterradas as pessoas que morrem de causas naturais.	74,4%	23,1%	2,6%	0,0%	0,0%
Q31. Uma tentativa de suicídio é um ato aceitável em casos específicos.	15,4%	53,8%	15,4%	15,4%	0,0%
Q39. As pessoas não têm o direito de acabar com a sua própria vida.	10,3%	33,3%	33,3%	20,5%	2,6%
Q41. Pessoas que tentam suicidar-se, têm um elevado nível de responsabilidade.	5,1%	35,9%	48,7%	10,3%	0,0%

Q43. Pode haver situações, em que a única solução razoável, é o suicídio	28,2%	59,0%	5,1%	7,7%	0,0%
Q47. Por vezes o suicídio é a única forma de fugir aos problemas da vida.	28,2%	51,3%	10,3%	10,3%	0,0%
Q50. As pessoas com doenças incuráveis, deviam ser autorizadas a cometer suicídio de uma forma digna	7,7%	33,3%	25,6%	23,1%	10,3%
Q64. A tentativa de suicídio é aceitável em pessoas idosas ou doentes.	20,5%	69,2%	10,3%	0,0%	0,0%
Q66. Se alguém quer cometer o suicídio, isso é da sua conta e não devemos interferir.	30,8%	64,1%	2,6%	2,6%	0,0%
Q67. Uma tentativa de suicídio é um ato de coragem.	15,4%	48,7%	15,4%	17,9%	2,6%
Q74. O suicídio é um meio aceitável para por fim a uma doença incurável.	10,3%	53,8%	20,5%	15,4%	0,0%

Quadro nº 20 – Fator “Aceitabilidade”

A maioria (66,7%) dos inquiridos concordou com a afirmação, “Potencialmente cada um de nós pode tentar o suicídio”, o que revela alguma aceitabilidade do ato.

Em relação à afirmação “Fatores externos, como a falta de dinheiro, são um dos motivos para o suicídio”, 76,9% da amostra concordou.

A maioria (74,4%) da amostra discorda no que toca à afirmação, “As pessoas que se suicidam, não deviam ser enterradas no mesmo cemitério onde são enterradas as pessoas que morrem de causas naturais”.

No que concerne à afirmação, “Uma tentativa de suicídio é um ato aceitável em casos específicos”, 53,8% discorda e 15,4% concorda.

Em relação à afirmação, “As pessoas não têm o direito de acabar com a sua própria vida”, 33,3% da amostra discorda, invocando assim o direito à liberdade que é concedida a todos.

Em relação à afirmação, “Pessoas que tentam suicidar-se, têm um elevado nível de responsabilidade”, 35,9% da amostra discorda, considerando estes utentes irresponsáveis.

A maioria (59%) dos inquiridos discorda com a afirmação, “Pode haver situações, em que a única solução razoável, é o suicídio”, bem como com a seguinte afirmação, “Por vezes o suicídio é a única forma de fugir aos problemas da vida”, mas perante a possibilidade de poder ser utilizado como meio de resolução em situações de vida adversas, a maioria discordou.

No que concerne à afirmação, “As pessoas com doenças incuráveis, deviam ser autorizadas a cometer suicídio de uma forma digna”, 33,3% da amostra discorda.

A maioria (69,2%) discorda da afirmação, “A tentativa de suicídio é aceitável em pessoas idosas ou doentes”.

A maioria (64,1%) discorda da afirmação, “Se alguém quer cometer o suicídio, isso é da sua conta e não devemos interferir”.

Em relação à afirmação, “Uma tentativa de suicídio é um ato de coragem”, 48,7% dos inquiridos discorda.

A maioria (53,8%) discorda da afirmação, “O suicídio é um meio aceitável para por fim a uma doença incurável”.

Foi evidente a não aceitabilidade do ato, nas afirmações que sugeriam que o suicídio é um ato de coragem, discordado por (48,7%) dos inquiridos, e de que não deveríamos interferir se alguém tiver intenção de cometer suicídio, discordado por 64,1%.

Avaliação da influência da dimensão afetiva na Atitude

No quadro nº 21 podemos observar o *score* médio obtido no fator que avaliou a dimensão afetiva da atitude.

DIMENSÃO AFETIVA		
FATOR	SCORE MEDIO	DESVIO PADRÃO
ACEITABILIDADE	2,46351	0,722967

Quadro nº 21 - Score médio do fator que avalia a dimensão afetiva da atitude

Na análise das respostas obtidas ao fator que avaliou esta dimensão, foi evidente a compreensão que os enfermeiros fazem das tentativas de suicídio como forma de terminar uma situação de sofrimento, não considerando, no entanto, a maioria que este ato deva ser utilizado como forma de resolução das situações adversas da vida.

A dimensão Comportamental da atitude inclui os seguintes fatores:

- Fator “Papel dos profissionais”

Neste fator pretende-se avaliar a atitude dos profissionais perante estes utentes, e se consideravam que a sua atuação era adequada na sua presença.

No quadro nº 22 pode observar-se a distribuição das frequências relativas das respostas obtidas no S13, encontrando-se identificadas a negrito as respostas que obtiveram a maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q7. No meu local de trabalho existe um número considerável de funcionários que demonstram uma atitude indiferente em relação ao seu trabalho.	0,0%	25,6%	15,4%	48,7%	10,3%
Q9. Alguns pacientes que tentaram cometer o suicídio são agressivos, como tal é necessária a presença de uma equipa de segurança no serviço onde são admitidos.	10,3%	74,4%	0,0%	10,3%	5,1%
Q20. Penso que existe espírito de grupo no Serviço onde trabalho	0,0%	23,1%	20,5%	51,3%	5,1%
Q29. Os pacientes recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho	0,0%	15,4%	15,4%	69,2%	0,0%
Q34. Acredito, que a formação que fiz até à data, me forneceu as competências adequadas, para cuidar de pacientes que tentaram o suicídio.	10,3%	64,1%	7,7%	15,4%	2,6%
Q49. Os pacientes que tentaram cometer suicídio recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho.	2,6%	20,5%	28,2%	48,7%	0,0%
Q52. Quando cuido de pacientes que tentaram cometer o suicídio, sinto-me deprimido.	20,5%	64,1%	10,3%	5,1%	0,0%
Q57. Um paciente que tenha tentado cometer suicídio, beneficia psicologicamente de hospitalização num hospital geral.	5,1%	41,0%	25,6%	17,9%	10,3%
Q61. Os pacientes que tentaram cometer o suicídio, são tratados com compreensão no Serviço onde trabalho.	2,6%	20,5%	30,8%	43,6%	2,6%
Q.72. O suicídio é uma forma natural de suprimir pessoas com distúrbios psiquiátricos.	23,1%	48,7%	20,5%	7,7%	0,0%

Quadro nº 22- Fator " papel dos profissionais"

Em relação à afirmação, "No meu local de trabalho existe um número considerável de funcionários que demonstram uma atitude indiferente em relação ao seu trabalho", 48,7% dos inquiridos concorda, o que se repercute inequivocamente nos cuidados prestados.

A maioria (74,4%) da amostra discorda com a afirmação, "Alguns pacientes que tentaram cometer o suicídio são agressivos, como tal é necessária a presença de uma equipa de segurança no serviço onde são admitidos".

Em relação à afirmação, "Penso que existe espírito de grupo no Serviço onde trabalho", 23,1% da amostra discorda e 51,3% concorda.

A maioria (69,2%) concorda com a afirmação, "Os pacientes recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho".

A maioria (64,1%) da amostra discorda com a afirmação, “Acredito, que a formação que fiz até à data, me forneceu as competências adequadas, para cuidar de pacientes que tentaram o suicídio”. Muitas vezes a indiferença e incompreensão demonstrada pelos profissionais de saúde, também pode estar relacionada com falta de formação nesta área de atuação. Essa falta de formação pode também estar implicitamente ligada à dificuldade que os enfermeiros têm na relação com estes indivíduos, pela angústia que estes indivíduos transmitem, que é difícil de suportar.

Em relação à afirmação, “Os pacientes que tentaram cometer suicídio recebem bons cuidados no Serviço onde trabalho”, 48,7% da amostra discorda.

A maioria (64,1%) dos inquiridos discorda da afirmação, “Quando cuido de pacientes que tentaram cometer o suicídio, sinto-me deprimido”. Apesar da maioria discordar, podemos pela observação efetuada em contexto de trabalho, concluir que tal se deve ao facto da relação que estabelecem com estes indivíduos ser demasiado fugaz, constituindo dessa forma um mecanismo de defesa importante, para não se deixarem envolver na relação com o outro.

No que concerne à afirmação, “Um paciente que tenha tentado cometer suicídio, beneficia psicologicamente de hospitalização num hospital geral”, 41% da amostra discorda.

Em relação à afirmação, “Os pacientes que tentaram cometer o suicídio, são tratados com compreensão no Serviço onde trabalho”, 43,6% dos inquiridos concorda.

No que diz respeito à afirmação, “O suicídio é uma forma natural de suprimir pessoas com distúrbios psiquiátricos”, 48,7% da amostra discorda.

- Fator “Manipulação”

Este fator pretende avaliar se a opinião dos enfermeiros, relativamente a esta intencionalidade manipulativa, se repercute na sua atitude.

No quadro nº 23 pode observar-se a distribuição das frequências relativas das respostas obtidas no S13, encontrando-se identificadas a negrito as respostas que obtiveram a maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q10. As pessoas que falham na tentativa de suicídio, não tinham qualquer intenção de morrer.	10,3%	64,1%	15,4%	10,3%	0,0%
Q14. Algumas vezes as pessoas que tentam o suicídio esperam alcançar algo, mais do que a morte.	0,0%	15,4%	33,3%	46,2%	5,1%
Q30. Os pacientes que tentam o suicídio, procuram principalmente manipular a situação para seu próprio benefício	5,1%	51,3%	23,1%	20,5%	0,0%
Q32. As pessoas que tentam o suicídio estão na verdade a tentar magoar alguém com as suas ações.	10,3%	51,3%	28,2%	10,3%	0,0%
Q53. Quem tenta cometer suicídio está normalmente a tentar ganhar compaixão das outras pessoas.	12,8%	59,0%	17,9%	10,3%	0,0%
Q62. As pessoas que tentam cometer suicídio em sítios públicos (como pontes ou edifícios altos) estão mais interessadas em chamar à atenção.	12,8%	53,8%	15,4%	17,9%	0,0%

Quadro nº 23 – Fator “manipulação”

A maioria (64,1%) da amostra discorda da afirmação, “As pessoas que falham na tentativa de suicídio, não tinham qualquer intenção de morrer”.

Em relação à afirmação, “Algumas vezes as pessoas que tentam o suicídio esperam alcançar algo, mais do que a morte”, 46,2% da amostra concorda.

A maioria (51,3%) dos inquiridos discorda da afirmação, “Os pacientes que tentam o suicídio, procuram principalmente manipular a situação para seu próprio benefício”.

A maioria (51,3%) da amostra discorda da afirmação, “As pessoas que tentam o suicídio estão na verdade a tentar magoar alguém com as suas ações”.

A maioria (59%) dos inquiridos discorda da afirmação, “Quem tenta cometer suicídio está normalmente a tentar ganhar compaixão das outras pessoas”.

A maioria (53,8%) dos inquiridos discorda da afirmação, “As pessoas que tentam cometer suicídio em sítios públicos (como pontes ou edifícios altos) estão mais interessadas em chamar à atenção”.

Podemos concluir que embora possam identificar a intencionalidade do ato, parece existir compreensão para com estas pessoas e o seu consequente sofrimento. No entanto estas respostas carecem de apreciação crítica, uma vez que as atitudes não podem ser avaliadas estritamente pelas respostas dadas, mas também mediante observação das atitudes dos enfermeiros evidenciadas em

contexto real, que nos parecem incongruentes com as respostas obtidas. Frequentemente, assistiu-se a comentários sarcásticos, em relação a estes indivíduos, e a compreensão pelo seu sofrimento raramente se verificou.

- Fator “Discriminação”

Este fator pretende avaliar se existe uma intencionalidade discriminatória, por parte dos enfermeiros na prestação de cuidados ao indivíduo que tentou o suicídio. No quadro nº 24 pode observar-se a distribuição das frequências relativas das respostas obtidas no S13, encontrando-se identificadas a negrito as respostas que obtiveram a maior frequência relativa.

	Discordo Totalmente 1	Discordo 2	Indeciso 3	Concordo 4	Concordo Totalmente 5
Q23. Apenas os profissionais de saúde com formação na área da Psiquiatria, deveriam tratar de pacientes que tentaram o suicídio.	7,7%	43,6%	23,1%	23,1%	2,6%
Q33. Deveria existir um espaço físico próprio, no Serviço de Urgência, para atender os doentes que tentaram cometer o suicídio.	2,6%	2,6%	12,8%	59,0%	23,1%
Q45. Quase toda a gente em alguma altura já pensou em suicídio.	2,6%	35,9%	20,5%	41,0%	0,0%
Q63. Sinto mais compreensão em relação a uma pessoa que tentou o suicídio pela primeira vez, do que por aquelas que fazem repetidas tentativas.	7,7%	48,7%	28,2%	15,4%	0,0%
Q68. Nós tratamos os pacientes que tentaram o suicídio, no mesmo espaço físico onde se encontram doentes de outras especialidades.	7,7%	2,6%	5,1%	66,7%	17,9%

Quadro nº 24- Fator “discriminação”

Em relação à afirmação “Apenas os profissionais de saúde com formação na área da Psiquiatria, deveriam tratar de pacientes que tentaram o suicídio”, 43,6% da amostra discorda.

A maioria (59%) da amostra concorda com a afirmação “Deveria existir um espaço físico próprio, no Serviço de Urgência, para atender os doentes que tentaram cometer o suicídio”.

Em relação à afirmação “Quase toda a gente em alguma altura já pensou em suicídio”, 41% dos inquiridos admite que já pensou, demonstrando assim, uma atitude compreensiva para os que já praticaram ou pensaram um dia em o fazer.

A maioria (48,7%) da amostra discorda da afirmação “Sinto mais compreensão em relação a uma pessoa que tentou o suicídio pela primeira vez, do que por aquelas que fazem repetidas tentativas”, o

que revela que os enfermeiros não têm uma atitude discriminatória. No entanto, esta resposta não é coerente com as atitudes observáveis em contexto de trabalho, onde se proferem opiniões hostis relativamente à reincidência no ato.

A maioria (66,7%) da amostra concorda com a afirmação “Nós tratamos os pacientes que tentaram o suicídio, no mesmo espaço físico onde se encontram doentes de outras especialidades”, o que revela pouca disponibilidade para uma intervenção mais dirigida e com mais privacidade.

No quadro nº 25, podemos avaliar os scores médios, e percentagens obtidas nos fatores que incluíam a avaliação da dimensão comportamental.

DIMENSÃO COMPORTAMENTAL		
FATOR	SCORE MÉDIO	DESVIO PADRÃO
PAPEL DOS PROFISSIONAIS	2,84359	0,56834
MANIPULAÇÃO	2,54701	0,40180
DISCRIMINAÇÃO	3,20512	0,59782
TOTAL	2,86524	

Quadro nº25 - Scores médios dos fatores que avaliam a dimensão comportamental da atitude.

No quadro nº 26, pode observar-se os scores médios obtidos nas três dimensões da atitude.

Dimensão	Score médio
Cognitiva	2,8265703
Afetiva	2,463511
Comportamental	2,865242333

Quadro nº 26 – Scores médios das dimensões da atitude

De acordo com os resultados obtidos, os enfermeiros desta amostra revelaram, de uma maneira geral uma atitude positiva relativamente à pessoa com comportamento da esfera suicidária. Em relação à questão de investigação que motivou este estudo, concluímos que apesar das respostas na globalidade do estudo efetuado revelarem uma atitude positiva por parte dos enfermeiros, existem incongruências verificadas com as atitudes evidenciadas na prática. Esta questão determinou assim a necessidade de se sensibilizar e formar os enfermeiros para a necessidade de reverem as suas atitudes, por forma a melhorarem o seu desempenho pessoal e profissional, aquando da prestação de cuidados a estes indivíduos.

O estudo em questão possibilitou identificar uma das razões, que consideramos puder estar associada a essa incongruência de comportamentos, a falta de conhecimentos nesta área de prestação de cuidados, o não se sentir seguro na prestação de cuidados, pode levar à adoção de determinados mecanismos de defesa, que incluem não só a utilização do humor sarcástico como a fuga perante estas pessoas.

Esta evidência, foi determinante para a seleção de estratégias que consideramos adequadas para promover essa mudança de atitudes. Consideramos dessa forma que a formação poderia constituir uma mais valia para contribuir para essa mudança de atitude, servindo não só como momento oportuno para transmissão de conhecimentos sobre esta temática, assim como sensibilizar para a importância de se reverem formas de atuação com pessoas com comportamentos da esfera suicidária.

Síntese de diagnóstico de situação

Tendo em conta, os resultados atrás expostos considerámos importante fazer uma síntese de diagnóstico de situação, uma vez que os dados que resultaram da aplicação do questionário foram elevados. Assim após análise, dos diferentes resultados obtidos nas respostas às afirmações que conduziram aos estudos apresentados anteriormente, podemos concluir que:

- Não existe uma sistematização dos registos, que permita uma caracterização das pessoas com comportamentos suicidários e fatores de risco presentes;
- A atitude dos enfermeiros face à pessoa com comportamento da esfera suicidária, é maioritariamente positiva, segundo as respostas ao questionário, no entanto estas necessitam de uma apreciação crítica, uma vez que são incongruentes com as atitudes assumidas na prática.

3.3.5 - Limitações do estudo

Devem ser tidos em conta os resultados deste estudo, tomando em consideração as limitações do mesmo. Tendo em conta, que o estudo de fiabilidade efetuado ao questionário aplicado, revelou que dimensão da amostra é pequena, pelo que os resultados não podem ser generalizados. Ainda em relação à fiabilidade do questionário aplicado e tendo em consideração os oito fatores, apenas o fator *religiosidade*, apresentou valores de consistência interna aceitáveis.

Fortin (1999), integra nos fatores de invalidade externa, o facto de se ter verificado que as respostas obtidas no questionário, não são congruentes com as atitudes adotadas na realidade, o que nos levou a considerar que não houve sinceridade nas respostas obtidas junto dos inquiridos. Assim, Fortin (1999), identifica este fenómeno como o efeito da reatividade, em que o comportamento ou as respostas do sujeito são modificadas, quando estes estão conscientes da sua participação no estudo, o qual é designado por efeito de *Hawthorne*.

Apesar das limitações do estudo, atrás expostas, os resultados obtidos foram importantes para se conhecer a opinião dos enfermeiros relativamente à área dos comportamentos da esfera suicidária.

3.4 - Planeamento

Face aos dados revelados pelo Diagnóstico de Situação (como vimos na síntese anterior), verificam-se necessidades de melhoria em duas áreas distintas:

- **A atitude dos enfermeiros face à pessoa com comportamento suicidário;**
- **Os registos realizados pelos enfermeiros sobre a avaliação e intervenções desenvolvidas com as pessoas com comportamento suicidário.**

Segundo a OMS (2014), cerca de 804 mil mortes em 2012 ocorreram por suicídio, assim configurou-se como uma prioridade particular de prevenção na área da saúde Mental, reduzir em 10% a taxa de suicídio até 2020.

Algumas pesquisas têm indicado que existem atitudes desfavoráveis entre os médicos e enfermeiros, em relação aos indivíduos que tentaram o suicídio, o que se repercute de forma negativa nos cuidados que lhes são prestados (Ouzouni & Nakakis, 2009).

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2012), a inclusão das temáticas de Saúde Mental, nomeadamente no que diz respeito a conteúdos sobre o suicídio, nas formações gerais e não especializadas, revela-se de extrema importância, uma vez que este pode ser o único ponto de contacto entre a pessoa e o sistema de saúde.

Na elaboração do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 previu-se como objetivos, em relação aos profissionais de saúde, realizar “*campanha de informação/sensibilização sobre ideação suicida, comportamentos autolesivos e atos suicidas; bem como a uniformização da terminologia diagnóstica*”.

Segundo Watson (1985), “*É de extrema importância a sensibilização da equipa de enfermagem para um envolvimento mais profícuo na relação com o outro, devendo ainda ser enfatizada a importância de não se poder olhar para o indivíduo de modo fragmentado, onde o físico se encontre separado do psíquico*”.

Assim, tendo em conta, atrás o exposto e não descurando os resultados do questionário (S13) aplicado aos enfermeiros do serviço de urgência geral, podemos constatar que cerca de 64,1% dos enfermeiros, referiu necessitar de formação adicional em psiquiatria para prestar cuidados aos indivíduos que fizeram uma TS, podendo ser esta lacuna em termos formativos, suficiente para justificar algumas das atitudes menos positivas, evidenciadas na sua prestação de cuidados.

Como atrás referido, no enquadramento teórico, a atitude não é algo fixo, é uma construção psicológica, esta relaciona-se com as tendências do nosso comportamento: mudar atitudes permite mudar o comportamento.

Quanto à procura da mudança/melhoria de atitudes, a formação é indicada pelos autores como a estratégia mais adequada. A formação apresenta-se como um processo de transformação individual que acarreta a tripla dimensão, segundo Nóvoa & Finger (1988): “**do saber**, no qual se inclui o conhecimento; **do saber fazer**, que diz respeito às capacidades (competências); e **do saber ser**, que integra as atitudes”.

A formação “tanto pode ser entendida como o espaço de tempo em que esta se desenvolve, como o efeito desta sobre os indivíduos.” Ainda segundo o mesmo autor, “o conjunto de atividades realizadas é confundido por vezes com a própria ação de formar-se, levando-nos a esquecer que a formação é um modo pessoal que implica mudanças internas no próprio sujeito” (Dias, 2004) “*A formação de adultos tende a aumentar a competência inicial do sujeito no domínio próprio da sua actividade, em função do seu estatuto: é o que designa a noção de «reciclagem» e, por vezes, a de «reconversão profissional»; - A educação de adultos visa alargar a polivalência, mas sem modificar o estatuto, tendo em vista os tempos livres ou uma sólida cultura geral.*” (Canário, 1999, p. 34)

A formação busca provocar um processo de aprendizagem através de experiências pertinentes tão próximas, quanto possível, das práticas sociais. Neste sentido, “as suas *intenções* são mais vastas e ambiciosas que as do ensino” (Marc & Garcia-Locqueneux, 1995, p.9). Mais do que a aquisição de **um saber**, tende para a aprendizagem de **um saber fazer**, constituído por condutas e práticas, e para o desenvolvimento de **um saber estar**, relacionado com atitudes e comportamentos que permitem aos sujeitos alargar o seu campo de compreensão e de ação.

Transportando estes conceitos para a nossa prática clínica, podemos objetivar como intuito da formação em serviço: aperfeiçoar os cuidados de enfermagem; contribuir para a otimização dos recursos humanos; auxiliar os processos de mudança de atitudes e comportamentos; satisfazer as necessidades de formação do pessoal de enfermagem da unidade ou serviço; e fomentar o desenvolvimento social da profissão. (Fonseca, 1998)

Assim, surgiu a necessidade de se estruturar uma sessão de formação para estes profissionais, por forma a atingir o objetivo a que se propusemos, quando decidimos avaliar quais as atitudes dos enfermeiros do serviço de urgência face às pessoas com comportamento da esfera suicidária. Como constatámos que os resultados do questionário não são congruentes com as atitudes na prática clínica, estabelecemos como prioridade formar, tendo em conta que a equipa de enfermagem na globalidade admite não ter “ferramentas” para lidar com estas pessoas. Assim, pudemos estabelecer como objetivo, para dar resposta a esta necessidade: “Formar a equipa de enfermagem na atuação com a pessoa com comportamento da esfera suicidária”.

A partir desta fundamentação, planeámos uma formação com as seguintes características: uma ação de formação a enfermeiros a desempenhar funções no serviço de urgência geral, com o tema “Atuação dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamento da esfera suicidária”, com a duração de 45 minutos. Nesta ação de formação procura-se apresentar informações gerais acerca dos comportamentos da esfera suicidária; desmistificar mitos associados ao suicídio; sensibilizar os enfermeiros para a importância da qualidade do atendimento da pessoa com TS; esclarecer acerca das necessidades das pessoas após TS; destacar os Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental com a pessoa após TS em contexto de Urgência Geral. O planeamento desta ação de formação poderá ser analisado de uma forma mais detalhada no apêndice II.

A segunda necessidade de melhoria foi a falta de sistematização dos registos, por forma a se poder fazer uma caracterização e posterior sinalização dos utentes com comportamentos da esfera suicidária. Os registos de enfermagem para além de escassos, não apresentavam dados suficientes para uma caracterização sociodemográfica e avaliação do contexto da TS.

Surge por isso a necessidade de implementação, de forma sistemática e metódica de registos a estas pessoas, com o objetivo de se efetuar uma análise mais cuidada do número de admissões no SU de pessoas com comportamento da esfera suicidária existentes nesta área de abrangência, por forma, a recolher dados sociodemográficos, caracterizar o comportamento suicidário atual, nomeadamente, os fatores desencadeantes, o método utilizado e o local do ato.

Assim, propusemos como objetivo para este item: Implementar de forma sistemática e metódica registos referentes às pessoas com comportamento da esfera suicidária admitidas no serviço de urgência geral.

3.5 – Intervenções

No que diz respeito à sistematização de registos, foram desenvolvidas algumas intervenções:

No dia 15 de fevereiro foi implementado, de forma experimental, um formulário de avaliação e referenciação da pessoa com comportamento suicidário no serviço de urgência geral (Apêndice V). Este formulário nasceu da necessidade de sinalizar todas as pessoas que fossem admitidas no SU por TS.

Esta preocupação foi sentida muito antes de dar início ao Estágio Final, tendo em conta, que desempenho funções neste SU. Foram feitas reuniões quinzenais com a enfermeira em funções de chefia do SU e com os elementos do Observatório dos Comportamentos Suicidários, de forma, a delinear todos os detalhes desta implementação.

Foi acordado, de que o preenchimento do formulário seria iniciado no setor da triagem, em que o enfermeiro alocado a este setor, sempre que recebesse um doente com comportamento da esfera suicidária, triava o doente pelo fluxograma “Auto-agressão” ou “Sobredosagem/Envenenamento”. Faria a impressão de uma etiqueta do doente, a qual contém os dados pessoais (nome, data de nascimento, número de processo, dia e hora de entrada) e colaria junto ao canto direito do formulário. Concluída esta fase, passaria o formulário ao enfermeiro do setor de Atendimento e Vigilância. O enfermeiro deste setor, tem como responsabilidade de fazer o preenchimento dos dados sociodemográficos, caracterizar o comportamento suicidário atual, analisar os fatores desencadeantes, o método utilizado e o local do ato.

Este formulário foi concebido para um preenchimento rápido, de forma a não tomar muito tempo dos enfermeiros, o qual se optou por ser preenchido com cruzes. Na terceira folha deste formulário está patente a escala de avaliação do risco de suicídio de Kutcher & Chehil (2005).

Esta avaliação só é feita quando a pessoa admitida em SU reunir condições para tal, independentemente do setor em que esteja alocada no SU. Preconiza-se que a avaliação seja feita num ambiente calmo e com privacidade (sala de psiquiatria/oftalmologia do SU).

A implementação deste formulário foi morosa, no sentido em que a equipa de enfermagem do SU tem 50 elementos e que não dominava os conceitos da escala de avaliação do risco do suicídio, nem a forma como deveriam fazer as perguntas certas.

Assim, foram desenvolvidas reuniões de aferição de interlocutores, em colaboração com os médicos psiquiatras do DPSM, bem como criado um glossário com os conceitos, para poder fazer face a esta necessidade.

Em relação à realização da sessão de formação, esta levantou algumas barreiras associadas com o espaço temporal. Tendo em conta, que apenas obtivemos autorização da comissão de ética desta ULS no início de dezembro, a aplicação dos questionários decorreu já numa fase tardia do projeto. Para além disso, os inquiridos, tiveram dificuldade no seu preenchimento, o que dificultou a sua entrega atempada. Só a partir de 27 de janeiro, começámos a trabalhar os dados e apenas em fevereiro percebemos a necessidade de intervenção ao nível da área de formação.

Neste espaço temporal e após discussão desta necessidade com a chefia do SU, não foi possível compatibilizar a agenda do plano de formação do SU com a ação de formação proposta. Esta intervenção terá lugar após o término do Estágio Final, o que impossibilitará a descrição e avaliação da mesma neste relatório.

3.6 – Avaliação de resultados

A etapa de execução da Metodologia de Projeto materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado. No entanto, existem alguns constrangimentos/barreiras associadas à implementação de um projeto de intervenção no serviço, pois a realização das intervenções não dependem só do aluno, nem do orientador, nem das chefias dos serviços. Existem inúmeros fatores que podem fazer com que num espaço temporal muito limitado não se consigam desenvolver as intervenções planeadas e/ou avaliar as mesmas.

Apesar disso considerámos que a adesão dos enfermeiros ao estudo foi bastante boa, atendendo a que 79% da população aceitou fazer parte do estudo. Sentimos que o facto de se desenvolver um projeto nesta área, fez com que existisse uma maior aproximação desta aos enfermeiros. Apesar de grande parte admitir não ter grande domínio nem aptidão para esta área.

Este projeto permitiu também uma dinâmica de aproximação entre o DPSM e o SU.

Neste sentido, e considerando que a implementação da folha de referenciação foi implementada há menos de um mês no SU, julgamos não ter dados suficientes para os podermos trabalhar e posteriormente divulgá-los. Futuramente através deste formulário poderão ser colhidos dados, desenvolver estudos, fazer a articulação do serviço de urgência geral com o DPSM e fazer o encaminhamento para uma futura consulta de suicídio no DPSM. Julgamos, a longo prazo, ser benéfica a criação de uma base de dados, que permita partilhar os mesmos a nível nacional.

Em relação à ação de formação e tendo em conta, que esta será realizada fora do calendário do mestrado, o que impossibilitará a sua descrição na avaliação deste relatório, prevemos avaliar esta ação de formação através da verificação dos resultados da aprendizagem. Nomeadamente, através de uma avaliação sumativa no final da ação de formação com um teste de verdadeiro/falso, com 8 questões.

Por outro lado, e tendo em conta que a formação no SU se baseia no modelo de formação modular, o que implicará a replicação desta ação de formação tendo em conta as necessidades da equipa, julgamos que esta metodologia possa ser uma mais valia para manter esta temática sempre atualizada na prática clínica dos enfermeiros do SU.

3.7 – Divulgação de Resultados

De forma, a vislumbrar um olhar sobre este projeto, consideramos que este carece do envolvimento de mais profissionais da área da saúde mental, com o objetivo de criar sistematização dos registos a nível da ULS e posteriormente a nível nacional; dar resposta às necessidades das pessoas com comportamentos da esfera suicidária de forma mais efetiva; assegurar a supervisão que estas intervenções exigem; criar evidência de que as medidas de prevenção podem ter vários focos de atenção, algumas das quais devem ser promovidas pelos profissionais de saúde.

No que diz respeito ao contexto onde decorreu a implementação deste projeto, consideramos que este SU, não apresenta condições físicas nem tão pouco uma dinâmica, que permitam efetuar este acompanhamento, pelo que devem ser movidos esforços para uma articulação e posterior referência entre este serviço e o DPSM, de forma a que estas pessoas possam vir a ser acompanhadas em consulta de Enfermagem no DPSM futuramente.

No entanto, o SU como “porta de entrada” destes utentes, deve estar cada vez mais capacitado para dar resposta às necessidades destes. Julgamos que o projeto teve um resultado positivo, em que esta área temática foi motivo de conversa/discussão diária na prática clínica. Os enfermeiros do SU mostraram-se motivados para saber mais acerca dos comportamentos da esfera suicidária e recorreram sempre aos elementos mais diferenciados nesta área quando foi necessário.

Foi feita divulgação interna do projeto bem como os seus resultados. Futuramente, irei participar num congresso como preletora, no qual farei divulgação acerca do projeto desenvolvido no SU.

Através da realização da formação, com o intuito de intervenção numa das áreas do projeto, prevê-se que decorra uma melhoria das atitudes por parte dos enfermeiros do SU com os utentes para com comportamento da esfera suicidária.

3.8 - Questões éticas

No desenho de um projeto desta envergadura, em que profissionais e instituições estão envolvidos, bem como as pessoas às quais prestamos cuidados e os seus cuidadores informais, existem aspetos sobre os quais devemos refletir.

Fortin (1999, p. 116) salienta *“os limites que não devem ser ultrapassados na percussão do conhecimento, nomeadamente no que se refere ao respeito pela pessoa humana e à proteção pelo seu direito a viver livremente enquanto ser humano. Por conseguinte, é importante tomar todas as disposições necessárias para proteger os direitos e liberdades das pessoas que participam nas investigações”*

Respeitando o Código Deontológico do Enfermeiro, no qual estão inerentes um conjunto de valores e aspetos éticos, que é nosso dever segui-los e ainda segundo Fortin, pudemos considerar que a *“ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação. Na persecução da aquisição dos conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”* (2003, p. 113).

Assim, consideramos importante mencionar que, durante todo o projeto, desde a sua etapa diagnóstica, cumprimos os princípios éticos e deontológicos, nomeadamente no que se refere ao respeito pelo sigilo e anonimato das fontes, salvaguardando a identidade dos participantes e consentimento informado.

Foi feito requerimento à Comissão de Ética da Universidade de Évora, para avaliação de projetos, no qual consta, as linhas gerais do projeto de intervenção no serviço. Este encontra-se no Anexo C.

Foi feito pedido de autorização para desenvolvimento do projeto ao Enfermeiro Diretor, Diretor de Serviço e Enfermeira em funções de Chefia. Posteriormente foi feito um pedido de parecer e autorização à Comissão de Ética desta ULS, o qual se encontra no Anexo D. Pudemos consultar também o parecer da Comissão de Ética atrás referido no Anexo E.

Em simultâneo, é feito pedido de autorização à enfermeira que foi responsável pela tradução do questionário original ATAS-Q, para aplicação do questionário (S13) aos enfermeiros do serviço de urgência geral, o qual se encontra no Anexo B.

No decorrer do Estágio Final, foi desenvolvido um estudo de caso e nesse sentido foi feito o pedido de consentimento à utente e família, no qual foram explicados os objetivos do trabalho e que seria mantido o sigilo e respeito por toda a informação transmitida.

Respeitámos, durante a redação do relatório as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos, assim como as Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica, razão pela qual codificámos ou omitimos os dados identificativos das pessoas e instituições envolvidas, para garantir o anonimato das fontes. Importa ainda mencionarmos o recurso à Norma Portuguesa 405 (NP 405) no que concerne à referência bibliográfica e o uso do Acordo Ortográfico atualmente em vigor.

PARTE II – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

1. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

As intervenções de enfermagem no tratamento das pessoas com doença mental visam contribuir para a adequação de respostas do doente e família, face aos problemas específicos relacionados com a doença (adesão à terapêutica, autocuidado, ocupação útil, stress do prestador de cuidados, etc), tendo como objetivo evitar o agravamento da situação e a desinserção social, bem como, promover a recuperação e qualidade de vida.

Assim, tendo em conta o Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, pressupõe-se, que como aluna de especialização, promova práticas de cuidados, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, demonstrando assim tomada de decisão ética baseada em princípios, valores e normas deontológicas numa variedade de situações da prática clínica.

Perspetivando adquirir as competências de EEESM, foram tidas em conta as competências, as unidades de competências e os critérios de avaliação.

Competência F1 - *Detém um elevado conhecimento e consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro, mercê de vivências e processos de autoconhecimento, desenvolvimento pessoal e profissional.*

Unidade de Competência F1.1 - *Demonstra tomada de consciência de si mesmo durante a relação terapêutica e a realização de intervenções psicoterapêuticas, socioterapêuticas, psicossociais e psicoeducativas.*

Na etapa teórica deste mestrado, muitas foram as unidades curriculares que contribuíram para o desenvolvimento de competências. Cada unidade curricular contribuiu por forma a nos dar suplementos em cada uma das áreas que *à posteriori* desenvolvemos, aquando da prática clínica. Poderíamos nos debruçar em cada uma delas, no entanto, consideramos que esta análise seria demasiado extensa. Assim, pudemos destacar a unidade curricular de Epistemologia, ética e direito de Enfermagem, que visou o desenvolvimento de conhecimentos e competências no domínio da responsabilidade

profissional, ética e legal. Esta unidade curricular preparou-nos para analisar, debater, refletir e tomar decisões fundamentadas, considerando os aspetos relativos ao conhecimento, à dimensão ética, deontológica e jurídica.

A unidade curricular de Formação e Supervisão em Enfermagem permitiu-nos receber o aporte teórico, por forma a diagnosticar necessidades formativas, conceber e gerir programas e dispositivos formativos e atuar como formador oportuno em contexto de trabalho, na supervisão clínica e em dispositivos formativos formais. Esta unidade curricular, foi-nos bastante útil quer no Estágio I, quer no Estágio Final, ao nível das sessões de psicoeducação.

Não poderíamos esquecer a unidade curricular de Avaliação Diagnóstica e Intervenção Terapêutica, uma vez que considerámos, como uma das unidades com a abordagem mais prática e objetiva em relação às restantes. A dinâmica das aulas, permitiu-nos fazer uma ligação com as atividades terapêuticas nos estágios através dos mediadores de expressão. Por outro lado, os subsídios teóricos que esta unidade nos forneceu, prenderam-se com o dar conhecimento de que existiam instrumentos que podiam ser aplicados na avaliação de processos tão complexos e subjetivos como a depressão, o estado mental, a ansiedade, motivação, dependência do álcool e do tabaco, etc., e que estes instrumentos foram uma mais valia nos estágios desenvolvidos no mestrado. Finalmente, não poderíamos prosseguir sem trazer à luz a importância que a unidade curricular de Desenvolvimento Pessoal teve no mestrado e terá ao longo da nossa vida. Esta unidade permitiu desenvolver o autoconhecimento, a tomada de consciência de si próprio, dos objetivos, fez-nos repensar as nossas atitudes e comportamentos enquanto pessoas e enquanto enfermeiros. Julgámos que esta unidade curricular pela sua dimensão, tornou-se transversal quer a nível pessoal, quer profissional. Esta unidade não nos permitiu só ver as nossas qualidades, permitiu também “ver” as nossas fraquezas e lacunas, de forma a podermos trabalhá-las e melhorá-las. O desenvolvimento pessoal, como o próprio nome indica, desenvolve-nos a nível pessoal, no entanto, este desenvolvimento abarca um raio de ação muito para além de nós. Abarca os que lidam diariamente connosco (família, amigos e colegas), bem como a nível profissional (os doentes, o serviço e a instituição). Todo este processo permite que se dê um crescimento e conhecimento da nossa essência, para alcançar uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

Tendo em consideração o melhoramento ao nível das competências pessoais, de comunicação, relacionais, sociais, bem como técnico-científicas, foram realizadas reflexões diariamente após o contacto com os utentes no decorrer do Estágio Final, nas quais com a colaboração da enfermeira orientadora, enfermeiros prestadores de cuidados nas equipas multidisciplinares e outros profissionais de saúde que integram a equipa. Parece-me lógico que aprimorar competência ao nível relacional, só vivenciando a relação.

O Estágio Final, mostrou-se muito rico em experiências, na medida em que com cada utente se estabelecia uma relação, acreditando ser única, com aquele doente naquele momento. Utilizámos a reflexão sobre as vivências como uma estratégia de aprendizagem, com o intuito de alcançar um entendimento dos nossos sentimentos, emoções, comportamentos, ideais, crenças e valores, potenciando o nosso autoconhecimento enquanto pessoa e enfermeiro. Colocámos este conhecimento e consciência no estabelecimento da relação terapêutica com a pessoa com necessidades identificadas ao nível da saúde mental, perspetivando a melhoria na prática dos cuidados de enfermagem especializados em saúde mental.

O conhecermo-nos a nós próprios e reconhecer os nossos limites, não constitui uma fraqueza, constitui sim, uma forma de otimizar os nossos recursos para a melhoria de cuidados. “Um prestador de cuidados que não cuide de si, não pode descontraír-se e oferecer serenidade, calor e compreensão àqueles de quem cuida” (Hesbeen, 2001, p.71). Existiram alguns momentos no estabelecimento da relação com os utentes, em que admitir que não estamos muito disponíveis para o cuidar, constitui a melhor atitude, no sentido em que, forçar o estabelecimento de relação, iria deitar por terra todo o processo de cuidar desenvolvido com aquele utente até ao momento.

Competência F2 - *Assiste a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade na otimização da saúde mental.*

Unidade de Competência F2.1. - *Executa uma avaliação abrangente das necessidades em saúde mental de um grupo ou comunidade, nos diversos contextos sociais e territoriais ocupados pelo cliente.*

Unidade de Competência F2.2. - *Executa uma avaliação global que permita uma descrição clara da história de saúde, com ênfase na história de saúde mental do indivíduo e família.*

Unidade de Competência F2.3. - *Coordena, implementa e desenvolve projetos de promoção e proteção da saúde mental e prevenção da perturbação mental na comunidade e grupos.*

A aquisição desta competência pressupõe a avaliação global da pessoa, tendo em conta o seu ciclo vital e o seu desenvolvimento. Surgiu a necessidade de nos munirmos de instrumentos e estratégias que nos permitissem estruturar esta avaliação no sentido da apreciação detalhada e sistematizada das reais necessidades da pessoa. Como já havia referido anteriormente, o contexto em que se desenvolveu o Estágio Final, foi na comunidade, como já havia feito o Estágio I, em contexto de internamento, senti a necessidade de olhar o doente por outra perspetiva.

As reuniões à quarta-feira no DPSM, revelaram-se momentos fundamentais de partilha de conhecimentos, entre os diferentes técnicos da equipa multidisciplinar. Transmitindo-se informações acerca das histórias de vida das pessoas, bem como das suas necessidades de intervenção nomeadamente, assistente social, fisioterapeuta, psicólogo e médico, foram mobilizados recursos e delineadas intervenções no sentido de dar resposta às necessidades da pessoa, intervindo como gestor de caso. Foi avaliada a efetividade das intervenções implementadas no sentido da resposta eficiente às necessidades da pessoa.

Segundo Labate, Galera & Avanci (2004) afirmam *“A visita domiciliária possibilita à equipe de saúde a observação do indivíduo dentro do seu contexto, do seu meio ambiente, condições de habitação, de higiene, saneamento básico e relações afetivo-social entre os membros da família”. Por este motivo, quando o enfermeiro efetua uma visita domiciliária “deve estar consciente da existência desses espaços e compreender que quando chega à casa de um paciente também estará invadindo o espaço privado. Por isso a visita domiciliar deve ser realizada com cuidado e necessita de um tempo para que se estabeleça uma relação de confiança entre os visitantes e a família”.*

Nabais (2008, p.42) refere que *“a prática clínica em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica desenvolvida em setting habitacional, laboral ou recreativo tem um significado singular e particularmente potenciador do potencial terapêutico de cada pessoa, família ou grupo”.*

Assim, tendo em conta, o exposto, reconheço o crescimento gradual no decorrer do Estágio Final, onde todos os momentos me levaram à procura de novos conhecimentos, de novas perspetivas e até de novas abordagens, tendo em conta, o doente a que fazia a visita domiciliária. A abordagem ao doente nunca se previu ser muito rígida, uma vez que, esta não deveria ser forçada de modo algum. Assim, algumas visitas domiciliárias eram agendadas, outras acedemos diretamente aos utentes no seu domicílio e ainda fizemos entrevistas no DPSM nos dias de consultas de Psiquiatria ou de Psicologia.

Concordamos quando Chalifour, (2009, p.57) refere que o estar em relação com o doente, assume *“formas muito diversificadas que vão da conversa informal à entrevista formal, do encontro único aos encontros múltiplos desenvolvidos ao longo de vários meses, em algumas situações ao longo de vários anos”.*

É através do primeiro contacto, que a pessoa vai formular a sua imagem acerca da enfermeira. Se a enfermeira se demonstra calorosa e afável, vai tornar-se uma figura conhecida e de confiança no mundo desconhecido em que a pessoa se encontra (Phaneuf, 2005). *“Se o acolhimento é caloroso e impregnado de compreensão, pode criar-se um vínculo positivo, mas se ao contrário estes primeiros momentos forem neutros e desatentos, ou mesmo desagradáveis, experimentará dificuldade em abrir-se e em ter confiança.”* (Phaneuf, 2005, p. 29).

Bleger (1998) considera a entrevista como um instrumento fundamental e como uma técnica de investigação com procedimentos próprios ou regras empíricas, com os quais se aplica, verifica e replica o conhecimento científico. A entrevista é um meio muito difundido e com múltiplos objetivos, entendendo-se a entrevista psicológica como aquela que se procuram objetivos psicológicos.

Em contexto de visita domiciliária, fomos capazes de realizar um levantamento abrangente das necessidades da pessoa. Pessoa esta, que tinha critério para lhe ser feita uma visita domiciliária, na medida em que teria tido um internamento recente. A visita domiciliária, tem assim como objetivo, analisar como o doente se comporta no seu domicílio, se está ou não compensado desde a alta, se não tem alterações na vida instintiva e se mantém adesão à terapêutica. Neste contexto, existiram algumas situações em que houve necessidade de articulação com os Delegados Médicos para fazerem o encaminhamento para avaliação psiquiátrica no SU e possível internamento compulsivo. Existiram muitos pedidos de ajuda através dos cuidados de saúde primários, no sentido de detetarem que os doentes estariam descompensados e por isso com necessidade da nossa intervenção. Assim, uma boa articulação das ECSM do DPSM com os cuidados de saúde primários, torna-se fundamental para manter os doentes compensados.

Torna-se também importante realçar o papel que os PCI's têm na vida destes doentes, uma vez que inicialmente quando lhes é diagnosticado uma doença do foro psiquiátrico é um momento de angústia, stress e choque e posteriormente terá que existir grande capacidade de *coping do PCI* e da família no geral. Esta situação nem sempre acontece, uma vez que muitos doentes do foro psiquiátrico não têm suporte social ou este suporte é insuficiente, podendo dar o exemplo de pais idosos destes doentes, que em regra apresentam comorbilidades e estão polimedicados, as reformas são baixas, o que faz com que muitos temam pela sua integridade física durante longos períodos.

Estes pais, apesar de perceberem que têm um filho com necessidades especiais, não são devidamente apoiados. Não existe nesta região nenhuma instituição que possa dar suporte a estes doentes quando os pais falecerem ou deixarem de ter capacidade para cuidar deles. Em regra, os lares de 3ª idade não apresentam condições para acolherem doentes do foro psiquiátrico, apesar de o fazerem. Segundo a perspetiva de vários doentes que estão institucionalizados, não reconhecem aquele espaço como sendo o deles, não se identificam com os idosos, nem existem atividades que os possam estimular.

Competência F3 - *Ajuda a pessoa ao longo do ciclo de vida, integrada na família, grupos e comunidade a recuperar a saúde mental, mobilizando as dinâmicas próprias de cada contexto.*

Unidade de Competência F3.1. – *Estabelece o diagnóstico de saúde mental da pessoa, família, grupo e comunidade.*

Unidade de Competência F3.2. – *Identifica os resultados esperados com a implementação dos projetos de saúde dos clientes, mobilizando indicadores sensíveis em saúde mental.*

Unidade de Competência 3.3. – *Realiza e implementa o planeamento de cuidados em saúde mental de um grupo ou comunidade.*

Unidade de Competência F3.4. – *Realiza e implementa um plano de cuidados individualizado em saúde mental ao cliente, com base nos diagnósticos de enfermagem e resultados esperados.*

Unidade de competência F3.5. – *Recorre à metodologia de gestão de caso no exercício da prática clínica em saúde mental, com o objetivo de ajudar o cliente a conseguir o acesso aos recursos apropriados e a escolher as opções mais ajustadas em cuidados de saúde.*

As atividades desenvolvidas em contexto do Estágio Final para aquisição destas competências são expressas no estudo de caso realizado, pelo que se remete para a sua leitura. (Apêndice VI)

Para Yin (2001) o estudo de caso é a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “porquê”, quando o investigador tem pouco controlo sobre os eventos ou quando o foco se encontra em fenómenos apresentados em contexto da vida real.

No decorrer do Estágio Final, apesar de fazer visitas domiciliárias a doentes do foro mental, com os diversos diagnósticos, pareceu-nos pertinente desenvolver um estudo caso e trabalhar com mais frequência com uma doente que fez duas tentativas de suicídio. Após o levantamento das necessidades da pessoa através da entrevista inicial, foram elaborados os principais diagnósticos de ESM, estabelecidos objetivos com indicadores sensíveis e mensuráveis e delineadas intervenções de enfermagem para dar resposta às necessidades identificadas com a pessoa.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011, p.13) “a intervenção do enfermeiro incide na identificação tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis.”

Competência F4 - *Presta cuidados do âmbito psicoterapêutico, socioterapêutico, psicossocial e psicoeducacional, à pessoa ao longo do ciclo de vida, mobilizando o contexto e dinâmica individual, familiar de grupo ou comunitário, de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde.*

Unidade de Competência F4.1. - *Coordena, desenvolve e implementa programas de psicoeducação e treino em saúde mental.*

Unidade de Competência F4.2. - *Desenvolve processos psicoterapêuticos e socioterapêuticos para restaurar a saúde mental do cliente e prevenir a incapacidade, mobilizando os processos que melhor se adaptam ao cliente e à situação.*

Unidade de Competência F4.3. - *Promove a reabilitação psicossocial de pessoas com doença mental, com o intuito de atingir a sua máxima autonomia e funcionalidade pessoal, familiar, profissional e social, através do incremento das competências individuais, bem como da introdução de mudanças ambientais.*

As intervenções do âmbito psicoterapêutico têm na sua génese, o uso da escuta ativa e da empatia no estabelecimento de uma relação terapêutica com a Pessoa, baseada na confiança mútua imprescindível ao estabelecimento da relação, no qual se preconiza permitir na pessoa novas descobertas e novas formas de experienciar as suas vivências. Concordámos que “a descoberta guiada maximiza o envolvimento do paciente nas sessões e no processo terapêutico e minimiza a possibilidade de o terapeuta impor as suas ideias e conceitos” (Knapp, 2004, p. 31).

Consideramos não ser tão pouco possível estabelecer uma relação de ajuda como um cuidado em si mesmo, sem que não exista presença, escuta ativa e empatia. Devemos fazer uso de uma “empatia humilde”, no sentido em que nós não somos o Outro, estamos disponíveis para o Outro, mas não sentimos o que o Outro sente, nem viemos o que o Outro vive, apenas podemos imaginar como nos sentiríamos em idênticas condições. Em escuta ativa, remete-nos para uma dimensão extremamente importante no processo de relação de ajuda, no sentido em que devemos para além de ouvir, escutar. Escutar o que o Outro nos diz, mas também o que os olhos e o seu corpo nos transmitem. No decorrer das entrevistas das visitas domiciliárias, muitos foram os momentos de contradição da comunicação verbal e não verbal.

O demonstrar Presença, remete os doentes para uma dimensão em que são valorizados pelo técnico, em que há demonstração de interesse pela pessoa, na ajuda efetiva, o que facilita o estabelecimento da relação terapêutica. Este interesse é expresso pelo entusiasmo de estar na presença do Outro e pela quantidade de tempo e energia que está disposta a dedicar ao seu bem-estar. (Patterson & Eisenberg, 1988)

Em todo o Cuidar é importante que a transmissão da nossa mensagem seja eficaz, mas consideramos primordial com estes doentes. É crucial que eles entendam o que nós estamos a dizer, a ensinar, a sugerir, a negociar e até corrigir. Assim torna-se deveras importante o estabelecimento de uma co-

municação eficaz, com base na argumentação, promovendo a adesão ao regime terapêutico e fomentando a literacia em saúde. A literacia em saúde mental implica a capacidade de reconhecer os diferentes aspetos relacionados com a saúde mental, promovendo o conhecimento de como procurar informação acerca da saúde mental, o conhecimento dos fatores de risco e causas, dos tratamentos e dos profissionais disponíveis bem como fomenta atitudes que promovam o reconhecimento e a adequada procura de ajuda. (Ordem dos Enfermeiros, 2011)

Reconhecer com o doente o que o stressa, em vez de negar que esta ou outra situação o stressa, faz com que evite a valorização e conseqüente aumento da dimensão percecionada pelo doente. A identificação de estratégias de *coping* usualmente utilizadas pela pessoa permitiu-nos o desenvolvimento de intervenções, de forma a corrigir as estratégias ineficazes e reforçar as estratégias eficazes com o objetivo de diminuir a ansiedade aquando dos momentos stressantes.

As intervenções de âmbito psicoeducativo foram maioritariamente direcionadas para a adesão ao regime terapêutico, estilos de vida saudável e importância das atividades de lazer, com o objetivo de se sentirem úteis e integrados na comunidade. Foi incentivada e promovida a sociabilização entre os pares. Estimulada a atividade física no sentido em que a maioria dos doentes refere que se dá um aumento de peso com a toma da medicação, o que os torna por isso renitentes à adesão terapêutica. Assim foram incentivados à iniciação da prática de atividade física, por forma a controlar o peso e ajudar no processo de doença.

Tendo em conta, o conteúdo, atrás exposto, corroboramos que o enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica assume um papel de extrema importância no processo de reabilitação psicossocial da pessoa com doença mental. A sua especificidade consiste na incorporação de intervenções psicoterapêuticas durante o processo de cuidar da pessoa, da família, do grupo e da comunidade, ao longo do ciclo vital, visando a promoção e proteção da saúde mental, a prevenção da perturbação mental e o tratamento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social. (Nabais, 2008, p. 40)

2. ANÁLISE DO DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA

Segundo o artigo 15º do Decreto Lei nº 63/2016 de 13 de setembro, este confere o Grau de Mestre, a todos os que demonstrem:

- a) *Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:*
 - i) *Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde;*
 - ii) *Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;*
- b) *Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo:*
- c) *Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem:*
- d) *Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimento e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades*
- e) *Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.*

2- O grau de mestre é conferido numa especialidade, podendo, quando necessários, as especialidades ser desdobradas em áreas de especialização.

Tendo em conta o perfil de competências específicas do EEESM e os objetivos fixados legalmente, bem como o Regulamento de funcionamento do Mestrado de Enfermagem de Associação das escolas superiores de enfermagem e saúde, este enumerou as competências a desenvolver no sentido de assegurar a conferência de grau de Mestre em Enfermagem:

- 1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada;*
- 2. Inicia, contribui, desenvolve e dissemina investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência;*
- 3. Tem capacidades para integração de conhecimentos, tomada de decisão e gestão de situações complexas, com ponderação sobre as implicações e as responsabilidades éticas, profissionais e sociais;*
- 4. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos, aptidões e competências ao longo da vida;*

5. Participa de forma proactiva em equipas e em projetos, em contextos multidisciplinares e intersectoriais;

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação e as políticas de saúde em geral e da enfermagem em particular;

7. Evidencia competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, na sua área de especialidade.

Assim, passamos a descrever as competências de mestre bem como as atividades desenvolvidas ao longo do curso de mestrado com o intuito da aquisição das mesmas.

1. Demonstra competências clínicas na conceção, na prestação, na gestão e na supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada

Pensamos que a competência é uma construção que se desenvolve em contexto organizacional, em situação e como refere Le Boterf (2005, p.34), pode ser considerada como um processo ou como um resultado, não sendo de forma alguma, apenas um estado ou uma propensão para agir.

Consideramos que a competência profissional é desenvolvida ao longo da nossa carreira, enquanto enfermeiros na prática clínica, devendo para esse desenvolvimento, associar os conhecimentos teóricos e os conhecimentos adquiridos na prática. É na interligação e reflexão destas duas dimensões, que desenvolvemos esta competência.

Tendo em conta o Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro, “o enfermeiro especialista é um enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além dos cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da especialidade (Ministério da Saúde, 1996)

O mestrado forneceu-nos as bases teóricas para desenvolvermos na prática, quer ao nível do Estágio I, que decorreu num serviço de internamento de agudos, bem como no Estágio Final, que foi desenvolvido no âmbito da comunidade, nas ECSM. No decorrer destes, fomos adquirindo e desenvolvendo competências. Foi cada vez mais notória a responsabilidade assumida na gestão e supervisão clínica dos cuidados de enfermagem com necessidades ao nível da saúde mental que os doentes apresentavam.

Segundo Alarcão & Tavares (2003) a supervisão diz respeito a um processo em que o supervisor, pessoa experiente e bem informada, com competências que lhe permitem integrar interações políticas, administrativas, curriculares e pedagógicas, direciona o supervisionado para o desenvolvimento humano, educacional e profissional, adotando atitude de monitorização sistemática, com recurso a procedimentos de reflexão e experimentação.

Todavia, consideramos presunçosa, a atitude, de considerarmos que gerimos e supervisionámos todas as intervenções desenvolvidas com estes doentes. Procurou-se apoio e suporte, sempre que considerámos não deter experiência nas pessoas de referência neste percurso.

Consideramos que a frequência deste mestrado constitui um caminho iniciado, mas que jamais se completará, uma vez que existirá sempre uma vontade/necessidade de se superar enquanto especialista e mestre nesta área. Esta superação virá com a experiência na prática clínica com os doentes deste foro e atualização, bem como investigação na área da saúde mental.

No decorrer dos estágios realizados ao longo do curso de mestrado, foram desenvolvidas inúmeras intervenções com a pessoa e família com necessidades na área da saúde mental. Foram elaborados diagnósticos de ESM, de acordo com a linguagem CIPE, com a implementação desta linguagem, o Enfermeiro tem a possibilidade de elaborar diagnósticos padronizados, da mesma forma que qualquer enfermeiro em qualquer parte do mundo. Esta linguagem permite demonstrar que a prática de enfermagem é válida e legítima em qualquer circunstância, avaliando os resultados sensíveis aos cuidados, mediante as respostas às intervenções de enfermagem. (Amaral, 2010)

Procedemos à realização de um formulário de avaliação e referência da pessoa com comportamento suicidário no serviço de urgência geral (Apêndice V), dadas as necessidades percebidas no contexto em que se desenvolveu o estudo.

Considerando que o nosso agir se baseia, em fortes valores éticos e deontológicos pelos quais se rege a profissão de enfermagem, tivemos em consideração, aquando da intervenção com a pessoa com comportamento da esfera suicidária, bem como com os demais utentes que foram alvo da nossa intervenção, baseámo-nos sempre nos pressupostos legais emanados pelo REPE, pelo Código Deontológico do Enfermeiro, pela Lei de Bases da Saúde, pelas competências comuns do enfermeiro especialista, pelas competências específicas do EEESM e pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESM.

2. Realiza desenvolvimento autónomo de conhecimentos e competências ao longo da vida e em complemento às adquiridas

A decisão de ingressar numa formação desta dimensão prendeu-se com uma necessidade já há muito percebida, mas que com o passar dos anos, pelos compromissos de cariz profissional e pessoal, foi sendo adiada. O ingresso pressupunha um esforço adicional em todas as dimensões da vida. No entanto, o ingresso no Mestrado de Enfermagem em Associação, ramo de especialização de Enfermagem em Saúde Mental, revelou-se uma mais valia na aquisição de conhecimentos, quer ao nível de enfermagem de cuidados gerais, quer ao nível de conhecimentos na área da saúde mental. Tornou-se por isso possível adquirir, aprofundar e mobilizar conhecimentos, tendo em vista a concretização dos objetivos delineados para o curso. O facto deste mestrado incluir estágios no seu decurso, mostrou-se como uma mais valia, uma vez que o conhecimento teórico adquirido, foi sendo colocado em prática, quer isto dizer, que existiu uma constante mobilização dos conhecimentos teóricos adquiridos à prática clínica.

Participei, como formanda, no “Curso sobre a Intervenção na Perda, Morte e Luto”, realizado nos dias 12 e 13 de outubro de 2017, considerando este ser uma mais valia na área temática em estudo, o qual podemos examinar o seu programa que se encontra no (Anexo F) e para terminar frequentámos o “Curso de Iniciação à Defesa Pessoal”, este que decorreu de 18 de setembro a 20 de novembro de 2017, por considerarmos que o doente do foro mental, em fase aguda de descompensação, pode apresentar heteroagressividade. Podemos consultar o programa deste curso no (Anexo G).

3. Integra equipas de desenvolvimento multidisciplinar de forma proactiva

Segundo o artigo 3º da Lei da Saúde Mental “*a prestação de cuidados de saúde mental é assegurada por equipas multidisciplinares habilitadas a responder, de forma coordenada, aos aspetos médicos, psicológicos, sociais, de enfermagem e de reabilitação.*”

No decorrer dos estágios integrámos as equipas multidisciplinares, em que colaborámos com as equipas, por forma a dar o nosso contributo enquanto enfermeiros numa equipa multidisciplinar, envolvendo-nos nos projetos implementados, de forma proactiva.

No início do Estágio Final, fui convidada para integrar o grupo de trabalho, denominado como Observatório de Comportamentos Suicidários desta ULS. Tendo em conta, que desempenho funções no SU e que o tema do meu estudo foram os Comportamentos Suicidários, fez sentido, ao grupo de

trabalho, que eu integrasse o mesmo, como futura enfermeira especialista de saúde mental e psiquiátrica e como é notória a necessidade de articulação do SU e o DPSM, tornei-me assim este elo de ligação.

O Observatório de Comportamentos Suicidários foi criado no início do ano de 2016 e é constituído por uma equipa multidisciplinar de duas médicas psiquiatras, três médicos internos de psiquiatria, uma assistente social, um psicólogo, dois enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica e uma futura enfermeira especialista em saúde mental e psiquiátrica. As reuniões decorrem mensalmente. O Observatório de Comportamentos Suicidários foi criado com o intuito de se debruçar sobre as questões associadas ao comportamento suicidário e intervir na área, através de várias iniciativas ao nível da ULS e da região, com o objetivo de promover uma melhor articulação entre o serviço de urgência, serviço de psiquiatria e Cuidados de Saúde Primários, construindo desta forma uma rede de referenciação e acompanhamento mais eficaz, e que dê resposta às necessidades dos utentes.

A mais recente iniciativa do Observatório dos Comportamentos Suicidários foi o “Setembro Amarelo”, no passado ano de 2017. Este, juntamente com a ARIS da Planície – Associação de Reabilitação e Integração Social da Pessoa com Experiência de Doença Mental, decidiram trazer a campanha Setembro Amarelo, para esta cidade, em 2017. Esta iniciada em Brasília em 2014, tem sido estendida a várias outras localidades, com o intuito principal, a conscientização sobre a prevenção do suicídio, alertando a população e as instituições sobre esta realidade. Assim, no âmbito da Campanha, desenvolveram-se diversas atividades, como tertúlias, para debater o tema da prevenção do suicídio. (SNS, 2017)

Um dos enfermeiros, especialista em saúde mental, que pertence ao grupo de trabalho, irá participar, como preletor no XVII Simpósio da SPS, em Tomar nos dias 20 e 21 de abril de 2018.

Recentemente, foi-me feito o convite, por parte da Diretora do DPSM, esta na qualidade de gestora do grupo do Observatório dos Comportamentos Suicidários desta ULS, para participar na qualidade de preletora no 7º Congresso da Associação Psiquiátrica Alentejana, que irá decorrer em Castelo de Vide, nos dias 14, 15 e 16 de junho de 2018. Poder-se-á consultar o pré-programa no (Anexo H).

4. Age no desenvolvimento da tomada de decisão e raciocínio conducentes à construção e aplicação de argumentos rigorosos

O processo de tomada de decisão seja em que contexto da prática clínica for, nunca é fácil, no entanto este processo na área da saúde mental assume características muito particulares, uma vez que quando estabelecemos relação de ajuda com o Outro, no aqui e agora, a pessoa que está em

relação connosco, procura uma tomada de decisão incessante através da nossa comunicação e intervenção.

Podemos dizer que *“tomar uma decisão consiste em escolher a melhor alternativa (que se me apresentou) de acordo com critérios estabelecidos, com base numa certa quantidade e qualidade de informação, com o propósito de atingir um objetivo específico ou um determinado resultado.”* (Nunes, 2011, p. 133)

No decorrer do projeto desenvolvido na área do comportamento suicidário, houve necessidade de desenvolver uma revisão de literatura, esta foi realizada com recurso aos princípios da revisão sistemática de literatura, mais concretamente na abordagem que os profissionais de saúde no serviço de urgência, tinham face à pessoa com comportamento da esfera suicidária, por forma, a poder desenvolver intervenções no contexto do estudo com comprovada evidência científica. Foi, portanto, desenvolvida uma revisão integrativa que se define como um tipo de revisão da literatura, que reúne os achados de diferentes estruturas de pesquisa e que requer uma sistematização rigorosa na análise de dados.

Foram percorridas as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa, em que foram trabalhados oito artigos, por forma a apresentar uma revisão integrativa acerca do atendimento da pessoa com comportamento da esfera suicidária no Serviço de Urgência. Apesar da natureza dos estudos serem diferentes, foram expressadas conclusões comuns em todos os estudos. Tratou-se de um estudo com colheita de dados a partir de fontes secundárias, com levantamento bibliográfico. Para o levantamento dos artigos na literatura, foram consultadas as bases de dados: B - on, Ebsco host, CINAHL plus with full text, MedLine, Cochrane, MedicLatina e Nursing and Allied Health Collection entre as datas de 11 a 22 de janeiro de 2018. Após realização desta revisão integrativa, concluímos que os estudos existentes sobre as atitudes dos profissionais de saúde face ao indivíduo com comportamentos da esfera suicidária, que são frequentemente relatados comportamentos e atitudes negativas, atribuídos essencialmente à insegurança e falta de conhecimentos, particularmente em contextos de urgência e emergência.

Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com a pessoa em risco, uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz. Assim, para melhor analisar esta revisão integrativa pudemos consultar o (Apêndice VII).

5. Inicia, contribui para e/ou sustenta investigação para promover a prática de enfermagem baseada na evidência

A prática baseada na evidência consiste num “método de resolução de problemas (...) que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, (...) no contexto do cuidar” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012, p. 10)

A “prática reflexiva é uma componente chave de cuidados de saúde baseados na evidência; o verdadeiro carácter de uma boa prática profissional é refletir sobre pressupostos considerados como certos e que norteiam a prática do dia-a-dia, e com os quais avaliamos de forma rotineira o impacto e os resultados das interações e intervenções nos doentes, clientes e no público.”
(Craig & Smyth, 2004, p. 7-8)

Para intervir o melhor possível, tivemos que nos munir da informação mais recente e científica possível, uma vez que a necessidade de dar resposta às necessidades dos doentes era constante. No decorrer dos estágios, muitos foram os momentos de dúvidas e inquietações. A pesquisa era constante, a discussão entre a enfermeira orientadora e eu, acerca das situações com as quais nos deparávamos em cada uma das visitas domiciliárias efetuadas, era frequente. Os momentos em que não estava em relação com o Outro, eram propícios à pesquisa e procura da melhor resposta às necessidades identificadas em cada um dos doentes. Tendo em conta, que o Estágio Final, decorreu ao longo de, sensivelmente, quatro meses, existiu a possibilidade de acompanhar esses doentes ao longo de todo esse tempo, o que nos permitiu perceber e avaliar o impacto que as nossas intervenções ao longo do tempo tinham, sobre os problemas outrora identificados.

6. Realiza análise diagnóstica, planeamento, intervenção e avaliação na formação dos pares e de colaboradores, integrando a formação, a investigação, as políticas de saúde e a administração em Saúde em geral e em Enfermagem em particular.

Considerando que, desempenho funções num SU, pude através da prática clínica, observar e refletir acerca das atitudes dos profissionais de saúde em relação a esta área temática. Os comportamentos face a estas pessoas, estavam por vezes associadas a práticas pouco ortodoxas e ideias pré-concebidas, sem qualquer evidência científica.

Com base na literatura, experiência adquirida no contexto de estágio e diagnóstico da situação, foram selecionadas as estratégias de atuação que consideramos mais pertinentes para atingir os objetivos pretendidos para o projeto, melhorar a abordagem dos enfermeiros do SU, face à pessoa com comportamento da esfera suicidária.

Consideramos adquiridas assim as competências de Mestre em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, fazendo a ressalva de que estas são mais um degrau alcançado na escada do conhecimento. Consideramos assim, que é um processo em desenvolvimento, sem data de término.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se os comportamentos da esfera suicidária um fenómeno complexo e multifatorial. O serviço de urgência admite um número considerável de pessoas com este comportamento, quer este seja, com grande intencionalidade ou não. O facto de serem admitidos no sistema de saúde não implica que após TS, exista uma sinalização para um acompanhamento após a alta. Considerando, que o suicídio surge como o sucesso na tentativa de suicídio, tanto maior é o risco quantas mais vezes existir esse tipo de comportamento. Estudos comprovam que a forma como estes utentes são cuidados pode influenciar um novo comportamento suicidário. Baseando, também a pertinência de execução deste projeto, nos números de óbitos por suicídio, quer à escala mundial, quer à nacional e olhando para o suicídio como uma prioridade particular de prevenção na área da saúde mental, desenvolvemos um projeto de intervenção, cujo objetivo foi diminuir a reincidência dos comportamentos da esfera suicidária. O projeto contemplou duas estratégias:

- A sistematização dos registos, é crucial para o desenvolvimento *à posteriori* de programas de prevenção com base nos dados sociodemográficos dos utentes admitidos por tentativa de suicídio no serviço de urgência;
- A sensibilização da equipa de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados à pessoa com comportamento da esfera suicidária. Considerando que os resultados obtidos na aplicação do questionário da avaliação das atitudes dos enfermeiros, foi a de que os enfermeiros apresentam uma atitude positiva para com estes utentes, este resultado não foi congruente com a realidade observada na prática clínica. Contudo e tendo em conta, que a maioria da equipa de enfermagem revelou ter um défice de formação na área do suicídio, considerámos que este podia ser o motivo para tais atitudes. Assim, foi planeada uma ação de formação para os enfermeiros em contexto de urgência, com o intuito de sensibilizar/ formar os mesmos para a área do suicídio. Infelizmente, não foi possível realizar esta ação de formação por limitação temporal. No entanto, esta será realizada fora do calendário do Estágio Final, por forma a intervir numa necessidade identificada.

À planificação e implementação do projeto, no decorrer deste percurso, foram-lhe sendo criadas algumas barreiras, nomeadamente ao nível da aplicação do questionário que apresenta 80 perguntas, o que implicou, uma demora considerável na devolução dos questionários preenchidos e consequentemente no tratamento dos dados, o que inviabilizou a possibilidade de realização da ação de sensibilização, no plano de formação do SU planeado, pela gestão, no final do ano de 2017.

A implementação do formulário de avaliação e referência da pessoa com comportamentos suicidários no serviço de urgência terá como objetivo futuro, o encaminhamento/acompanhamento destes utentes para o DPSM, numa possível consulta de suicídio.

Através da avaliação deste projeto, é realçado o papel de extrema importância que o enfermeiro tem no acompanhamento destes utentes. O percurso efetuado ao longo do Mestrado em Associação representa o fim de mais uma etapa no caminho a percorrer, mas não no trajeto da aprendizagem. Muitos foram os momentos de angústia, de incerteza e desespero, criados pela instabilidade que este percurso pode significar na vida pessoal e familiar do mestrando.

A formação que me encontro prestes a terminar, permitiu alicerçar importantes conhecimentos e competências que serão essenciais para um futuro desafiador, onde a continuação da minha formação terá certamente lugar. Este trajeto vai seguramente contribuir para uma melhoria da prática dos cuidados de enfermagem, especificamente, no âmbito da Saúde Mental e Psiquiátrica.

Através de uma metodologia descritiva, julgo ter conseguido caracterizar e analisar o Estágio desenvolvido, focar a aquisição e desenvolvimento dos conhecimentos ao longo do mesmo e as atividades implementadas para possibilitar o atingir dos objetivos delineados, demonstrando com clareza as competências adquiridas, ainda que acredite que o que aprendi vá para além do que me foi possível descrever.

Em suma, a realização deste projeto contribuiu de forma significativa para a aquisição das competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, promovendo o autoconhecimento, a autonomia e uma prática fundamentada e baseada na evidência.

BIBLIOGRAFIA

Alarcão, M. (2000). (Des) Equilíbrios Familiares. Coimbra: Quarteto Editora.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e de aprendizagem*. 2ª Edição. Coimbra: Almedina.

Amaral, A. (2010) *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*: Loures: Lusociência

American Psychiatric Association - APA - (2014). *DSM V. Manual de Diagnósticos e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª edição. Lisboa: Climepsi Editores

American Psychological Association – APA - (2010). Publication manual of the American Psychological Association (6th Ed.). Washington, DC: APA.

Beauchamp, T. & Childress, J. (1994). Principles of biomedical ethics. New York: Oxford University Press

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (Ana Albuquerque Queirós e Belarmina Lourenço). Coimbra: Quarteto Editora (obra original publicada em 2001)

Bertolote, J.M., Fleischmann, A., De Leo, D., Wasserman, D., 2004. Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis* 25 (04), 147–155.

Bertolote, J.; Mello-Santos, C.; Botega, N. (2010, out.). Detecção do risco de suicídio nos serviços de emergência psiquiátrica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol. 32, 87-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v32s2/v32s2a05.pdf>

Bhugra D. (2010) Commentary: Religion, religious, attitudes and suicide. *Int J Epidemiol*. Vol. 39 (6), 1496-1498. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyq232>

Bleger, J. (1998). *Temas de Psicologia: Entrevista e Grupos*. 2ª edição. São Paulo: Martins Fontes.

Botega, N., Reginato, D., Silva, S., Cascais, C., Rapeli, C., Mauro, M. & Stefanello, S. (2005, abril 27). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 315-318

Botega, N., Werlang, B., Cais, C., Macedo, M. (2006, Set/Dez). Prevenção do Comportamento Suicida. *Revista Psico*, vol.37, pp.213-220. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>

Brissos, M. (2004, Jan/Jul). O planeamento no contexto da imprevisibilidade; algumas reflexões relativas ao setor da saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Vol.22, nº 1. pp. 43-55.

Cais, C., Silveira, I., Stefanello, S. & Botega, N. (2011). Suicide Prevention Training for Professionals in Public Health Network in a large Brazilian City. *Archives of Suicide Research. Routledge Taylor & Francis Group*. Volume 15, pp. 384-389. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/viewFile/1442/1130>

Camus A. *Le Mythe de Sisyphe*. Editions Gallimard. Tradução portuguesa. *O Mito do Sísifo*, Ed. Liros do Brasil; 1948

Canário, R. (1999) Educação de Adultos: um campo e uma problemática. Lisboa: Educa. ISBN 972-8036-21-3.

Canut, M. (2000) - Enfermería psicossocial y salud mental. *Série de Manuais de Enfermagem*, Espanha.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*: New York: Basic Books

Carper, B. (1978). Fundamental patterns of Knowing in nursing. *Advances in Nursing Scienc*, Volume 1, pp. 13-23.

Chalifour, Jacques (1989). *La Relation d'Aide en Soins Infirmiers*. Montreal: Gaetan Morin Editeur.

Chalifour, J. (2009). *A Intervenção Terapêutica*. Volume 2 Estratégias de Intervenção. Loures: Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.

Cheng, I. (2009) Inpatient suicide in a general hospital. *General Hospital Psychiatry*. Vol. 31, p. 110-115.

Chinn, P., & Kramer, M. (2011) *Nursing's fundamental patterns of knowing*. In: *Integrated theory and knowledge development in nursing*. 8ª ed. St. Louis: Elsevier.

Cleaver, K. (2014) Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: A scoping review. *International Emergency Nursing*. Vol. 22, pp. 52–61.

Conselho Internacional de Enfermeiros; Ordem dos Enfermeiros. (2011). Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. CIPE. Versão 2. Santa Maria da Feira: Lusodidacta, Lda.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência. Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Crawford, T., Geraghty, W., Street, K. & Simonoff E. (Oct/2003) Staff knowledge and attitudes towards deliberate self-harm in adolescents. *J Adolesc*. Vol. 26, nº5, pp. 623-633.

Crawford, M.; Wessely, S. (1998). Does initial management affect the rate of repetition of deliberate self-harm? Cohort study. *British Medical Journal*. Vol. 317, nº 7164, pp. 985-990.

De Leo D. Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof A, Bille- Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior. In De Leo D, Bille- Brahe U, Kerkhof A, Schmidtke A (Eds.). *Suicidal Behavior – Theories and Research Findings*. Gottingen: Hogrefe & Huber Pubs; 2004; pp.17-39

De Leo D. Burgis S, Bertolote JM, Kerkhof AJFM, Bille- Brahe U. Definitions of Suicidal Behavior- Lessons Learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006; Vol.27; (1):4-15

Decreto-Lei nº161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Diário da República I-Série A, Nº205, 2959-2962.

Decreto-Lei nº 63/2016. Ministério da Saúde. Diário da República, I série. N.º 176. (2016-09-13). Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Demirkiram, F. & Eskin, M. (2006) Therapeutic and nontherapeutic reaction in a group of nurses and doctors in turkey to patients who have attempted suicide. *Scientific Journal Publishers*. Vol.34, (8), 891-906. Disponível em: <https://doi.org/10.2224/sbp.2006.34.8.891>

Despacho n.º 5414/08. Ministério da Saúde. Diário da República: II série, n.º 42. (2008-02-28). Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Anexo-2-Rede-Urgencias-DR-Despacho-5414-2008-de-28-Feveiro-de-2008-1.pdf

Dias, J. M. (2004) *Formadores: Que Desempenho?* Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-75-04.

Dickinson, T & Hurley, M. (2011) Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *J. Adv Nurse*. Vol. 68, nº1, pp.147-158.

Diekstra, R. F., Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 36–57. Consultada a 3 de maio de 2017. Disponível em <https://eric.ed.gov/?id=EJ504638>

Direção-Geral de Saúde (2013) Programa Nacional para a Saúde Mental, pp.103-104. Disponível em: <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>. Acedido em 20/12/2017

Domino, G; Westlake, L. & Gibson, L (1982) Attitudes towards suicide. A factor analytic approach. *Journal of Clinical Psychology*. Vol. 38, pp.257-262

Durkheim, E. (1897) *Le Suicide*. Alcan: Paris. Trad. Port. *O Suicídio*. Editorial Presença; 1977

Durkheim, É. (2011). *O Suicídio. Estudo Sociológico*. Lisboa: Editorial Presença.

Ferrito, C., Nunes, L., Ruivo, M^a (Jan- Mar/2010). *Metodologia de Projeto* - Coletânea descritiva de etapas – Revista Percursos nº 15, pp.1-38.

Fonseca, J. (1998, janeiro/março) A formação em serviço como factor de mudança! Análise de uma experiência. *Informar*. Lisboa. Depósito Legal nº86748/95. Ano IV, nº12, pp. 23-28.

Fortin, M. F. (2003). O processo de investigação: da concepção à realização (3ª edição). Loures: Lusociência.

Fortin, M.- F. (1999) O processo de investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-10-X

Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas em A. Tomey, & M. Alligood, *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (pp. 336-375). Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Griffin, G. & Bisson, J. (2001). Introducing a nurse - led deliberate self-harm assessment service. *Psychiatric Bulletin*. Nº25, pp. 212-214. Acedido em <http://pb.rcpsych.org/content/25/6/212.full.pdf+html>.

Guerra, I. (1994). *Introdução à Metodologia de Projeto*. Lisboa. Acedido em <http://www.cfpa.pt/cfppa/pes/meterelatorios.pdf>

Guerreiro, D. Glossário in Santos JC (Relator), Carvalho A, Peixoto A, Bessa; Saraiva CB, Sampaio D, Amaro F, Santos JH, Santos, N. Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013-2017.

Hawton K. and Catalan J. (1982). *Attempted Suicide - A Practical Guide to its Nature and management*. Oxford University Press.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. Pensamento e Acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2016). Estatísticas demográficas 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=275533085&PUBLICACOESmodo=2

Knapp, P. (2004). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. Em P. Knapp, *Terapia Cognitivo-Comportamental na Prática Psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed Editora S.A.

Kutcher, S., & Chehil, S. (2007). *Gestão de Risco de Suicídio. Um Manual para Profissionais de Saúde*. 1ª Edição. Portugal: Lundbeck Institute. Revisfarma – Edições Médicas, Lda

Labate, R., Galera, S. & Avanci, R. (2004). Visita domiciliária: um olhar da enfermagem psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 57, (5), 627-628. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000500024>

Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Porto: ASA

Lei n.º 104/98. Ministério da Saúde. Diário da República: I série, n.º 93 (1998- 04-21). Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Decreto Lei 104 98 21 abril CriacaoOE.pdf>

Lei nº36/98 de 24 de julho. Lei da Saúde Mental. Diário da República Série I-A (1998-07-24), 3544-3550.

Leu, S. (2002). *Nurses attitudes and difficulties in nursing intervention toward suicidal behavior in emergency department*. Dissertação de mestrado. The Kaohsiung Medical College, Taiwan.

Lutz, W.; Warren, B. (2007) – The state of nursing science-cultural and lifespan issues in depression. Part II: focus on children and adolescents. *Issues Mental Health Nursing*. Vol. 28, nº 7, pp.749-764.

Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D. & Haas, A. (2005). Suicide prevention strategies: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*. Vol. 294, pp. 2064–2074.

Marc, E. & Garcia- Locqueneux, J. (1995) Guia de Métodos e Práticas em Formação. 1ª ed. Lisboa: Horizontes Pedagógicos. ISBN 972-8329-62-8.

Martin, C. & Chapman, R. (2014) A mixed method study to determine the attitude of Australian emergency health professionals towards patients who present with deliberate self-poisoning, *International Emergency Nursing*, Vol. 22, (2), 98-104, ISSN 1755-599X. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.002>.

McCann T., Clark E., McConnachie S. & Harvey I. (2007) Deliberate self-harm: emergency department nurses' attitudes, triage and care intentions. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, pp. 1704- 1711.

Ministério da Saúde. (1996). Decreto-Lei nº161/96, de 4 de Setembro. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República I-Série A, Nº205*, 2959-2962.

Moore, G. (1998). Necessidades Humanas em Sorensen & Luckmann, *Enfermagem Fundamental* (pp. 307-328). Lisboa: Lusodidacta.

Nabais, A. (2008, outubro) Conceptualização da Prática Clínica - Enfermagem de saúde mental e psiquiátrica: âmbito e contextos. *Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa. ISSN 1646-2629. Nº 30, p. 38-43.

New Zealand Guidelines Group- NZGG - (2003) *The Assessment and Management of People at Risk of Suicide: Best Practice Evidence-based Guideline*. New Zealand: New Zealand Guidelines Group and Ministry of Health.

Nóvoa, A. & Finger, M. (Org.). *O método (auto) biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde, 1988.

Nunes, L. (2011) *Ética de Enfermagem*. Fundamentos e Horizontes. Loures. Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros – Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária. Cadernos OE. Série 1, nº 4, 2012. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2603/1/GOBP%20-%20PrevSintDepressiva.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Organização Mundial de Saúde - OMS (2000) – *Prevenção do Suicídio: um Manual para profissionais da saúde em Atenção Primária*. Genebra: Departamento de Saúde Mental.

Organização Mundial de Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Clínicos Gerais*. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

Ouzouni, C.; Nakakis, K. (2009) - *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool* 225 pp:222-231 EISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal.

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. Health Science Journal, 7(1), 119.

Patterson, & Eisenberg. (1988). *O processo de aconselhamento*. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, Lda.

Peixoto, B., Saraiva, C. B. & Sampaio, D. (Coords.). (2006) *Comportamentos suicidários em Portugal*. Coimbra, Portugal: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Peixoto, B. & Azenha, S. (2006). Aspectos históricos, filosóficos e conceptuais do suicídio em B. Peixoto, C. B. Saraiva & D. Sampaio (Eds.). *Comportamentos suicidários em Portugal* (pp. 19-53). Coimbra: Sociedade Portuguesa de Suicidologia.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.

Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Fundamentos de enfermagem: Conceitos e procedimentos* (5ª ed.), Loures: Lusociência.

Ramos, S. (2008, fevereiro). Introdução à Metodologia de Trabalho de Projeto. Acedido em http://livre.fornece.info/media/download_gallery/recursos/metodologia_projecto/TIC-Metodologia-Projecto.pdf

Rees, F, Rapport, H., Snooks, A. & Patel, C. (2017) How do emergency ambulance paramedics view the care they provide to people who self harm?: Ways and means. *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 50, pp. 61–67.

Registered Nurses' Association of Ontario, RNAO (2009) – Assessment and Care of Adults at Risk for Suicidal Ideation and Behaviour: Nursing Best Practice Guideline Shaping the Future of Nursing. Ontario: RNAO.

Saini, P., Windfuhr, K., Pearson, A., Cruz, D., Miles, C., Cordingley, L. & Kapur, N. 2010). Suicide Prevention in primary care: General practitioners' view on service availability. *BMC Research Notes*. Obtido de <http://www.biomedcentral.com/1756-0500/3/246>

Sampaio, D. (1997) *Ninguém Morre Sozinho: O adolescente e o suicídio*. 7ª Edição, Caminho, Lisboa.

Santos, J. & Saraiva, C. (2009). *Dia Mundial da prevenção do suicídio*. Disponível em: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=127:diamundial-da-prevencao-do-suicidio&catid=58:artigos-cientificos&Itemid=62

Saraiva, C. B. (1999) *Para-Suicídio*. Coimbra: Quarteto Editora

Saraiva, C. (2010) - Suicídio: de Durkheim a Shneidman, do determinismo social à dor psicológica individual. *Revista de Psiquiatria Clínica*. Vol. 31, (3), pp. 185-205.

Segal, D., Mincic, M, Coolidge, F & O' Riley, A. (2004) Attitudes toward suicide and suicidal risk among younger and older persons. *Death studies*, Vol. 28, pp. 671-678.

Selye, H. (1974) *Stress without distress*. Philadelphia: J. B. Lippincott

Sequeira, C. (2006) *Introdução à Prática Clínica - do diagnóstico à intervenção em saúde mental*. Acedido em: https://www.researchgate.net/publication/275518330_Introducao_a_Pratica_Clinica_-_do_diagnostico_a_intervencao_em_saude_mental

Seremet, N; (1984) Needs of the attempted suicide patient in the ICU. *Critical care Nursing Quarterly*, Vol. 6 (4), pp. 40-48.

Shneidman, E. S. (1985) *Definition of suicide*, New York; Wiley.

Skevington, S. (1984) *Understanding Nurses. The social Psychology os Nursing*. John Wiley and Son, LTS, New York.

Stanley, B. (2009) Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP): Treatment model, feasibility, and acceptability. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 48, pp. 1005-1013.

Stompe, T, Ritter K. (2011) Religion and suicide – part 1: the attitudes of religions toward suicide. *Neuropsychiatr*. Vol. 25 (3), pp. 118-126.

Stuart, G. (2001). O Modelo de Adaptação ao Estresse de Stuart em Stuart, G.& Laraia, M. *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª Edição* (pp. 97-113). Porto Alegre: Artmed Editora.

Stuart, G. (2001). Relacionamento terapêutico entre Enfermeiro e Paciente em Laraia, G. *Enfermagem Psiquiátrica. Princípios e Prática. 6ª Edição* (pp. 46-84). Porto Alegre: Artmed Editora.

Stuart, G. & Laraia, M. (2001) *Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática, 6ª Edição*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. 958 p. ISBN 0-8151-2603-4.

Sun, F., Long, A. & Boore, J. (2007) The attitudes of causalty nurses in Taiwan to patients who have attempted suicide. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 16, pp. 255-263.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde - Cadernos de Formação nº 2*.

Tavares, C. Projeto “Viva a vida” – Estratégias de atuação para a prevenção do suicídio num Serviço de Urgência Geral (abril/2014) – IPS -ESS

Timson, D., Priest, H. & Clark-Carter, D (2012) Adolescents who self-harm: Professional staff knowledge, attitudes and training needs. *Journal of Adolescence*. Vol. 35, pp.1307–1314.

Tomey, A. & Alligood, M. (2002). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. (5ª Ed.), Loures: Lusociência.

Watson J.(1985). *Nursing: The Philosophy and Science os caring*. ed. Colorado Associated University Press, Boudier.

Werlang, B. & Botega, N. (2004) *Comportamento suicida*. Artmed.

White J. (1995). Patterns of knowing: Review, critique, and update. *Adv Nurs Sci*. Vol. 17(4),73-86.
Acedido em: <http://dx.doi.org/10.1097/00012272-199506000-00007>

World Health Organization – WHO (2014). Preventing Suicide: A Global Imperative. Disponível em:

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization – WHO (2017) Dados do suicídio. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/

Yin, R. (2001). *Estudo de caso. Planejamento e Métodos*. 2ª Edição. Porto Alegre: Bookman.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Taxa bruta de mortalidade por suicídio

Anos	Suicídio
1987	1.0
1988	0.8
1989	0.8
1990	0.8
1991	0.9
1992	0.9
1993	0.7
1994	0.8
1995	0.8
1996	0.6
1997	0.6
1998	0.5
1999	0.5
2000	0.5
2001	0.7
2002	1.1
2003	1.1
2004	1.2
2005	0.8
2006	0.9
2007	1.0
2008	1.0
2009	1.0
2010	1.0
2011	1.0
2012	1.0
2013	1.0
2014	1.2
2015	(R)1.0

Quadro nº 1 – Óbitos por suicídios e lesões provocadas intencionalmente (%)

APÊNDICE II – Número de óbitos por suicídio por concelho

2015												
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	≥65	Total
Aljustrel	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	3
Almodôvar	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
Alvito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barrancos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Beja	0	1	1	0	0	1	0	2	1	1	1	8
Castro Verde	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. Alentejo	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3
Mértola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Moura	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Ourique	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
Serpa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	5
Vidigueira	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	0	2	1	0	0	1	1	6	2	3	12	28
2012												
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	≥65	Total
Aljustrel	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	3
Almodôvar	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Alvito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barrancos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Beja	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
Castro Verde	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
Cuba	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
F. Alentejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
Mértola	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3
Moura	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	2	6
Ourique	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	5
Serpa	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	3	7
Vidigueira	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2
Total	1	0	1	0	0	2	3	1	6	3	19	36
2008												
	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	≥65	Total
Aljustrel	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Almodôvar	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	4	7
Alvito	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Barrancos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Beja	0	1	0	2	2	0	1	0	0	0	4	10
Castro Verde	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	6
Cuba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F. Alentejo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Mértola	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5
Moura	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3
Ourique	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	3
Serpa	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	3	5
Vidigueira	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
Total	0	3	1	3	2	2	2	1	0	1	28	43

APÊNDICE III – Sessões de Reestruturação Cognitiva

1ª Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Explicar o funcionamento das sessões; - Fornecer uma folha, dividida em 4 colunas, a cada pessoa; - Cada pessoa escreve os seus problemas e dificuldades na primeira coluna da folha; - Na segunda coluna, cada pessoa deverá escrever os seus sentimentos associados aos problemas/dificuldades anteriormente descritos; - Cada pessoa partilha os seus problemas e os seus sentimentos face aos mesmos com os restantes elementos do grupo; - Resumo e avaliação da sessão; - Explicação das atividades a desenvolver na segunda sessão.
2ª Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior; - Cada pessoa deverá refletir e escrever, na terceira coluna, quais os aspetos positivos e pessoas significativas nas suas vidas; - Cada pessoa partilha o que escreveu com os restantes elementos do grupo; - Programar atividades complementares: cada pessoa deverá preencher a quarta coluna com estratégias que poderá utilizar perante uma situação <i>Stressante</i>; - Resumo e avaliação da sessão; - Explicação das atividades a desenvolver na terceira sessão.
3ª Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior; - Discussão da atividade programada; - Cada pessoa deverá dar a conhecer as estratégias por si delineadas; - Discussão, em grupo, acerca da pertinência e eficácia de cada uma dessas estratégias; - Resumo e avaliação da sessão; - Explicação das atividades a desenvolver na quarta sessão.
4ª Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior; - Explicação do funcionamento desta sessão; - Cada pessoa sugere uma situação <i>Stressante</i> e todos os doentes sugerem estratégias para ultrapassar a mesma, determinando a sua pertinência e eficácia, na tentativa de se chegar a um consenso; - Resumo e avaliação da sessão. - Explicação das atividades a desenvolver na quinta sessão.
5ª Sessão
<ul style="list-style-type: none"> - Breve resumo da sessão anterior; - Cada pessoa deverá planear atividades para o futuro e partilhá-las com o grupo; - Na mesma folha fornecida na 1ª sessão, a pessoa deverá escrever como se sente neste momento; - Efetuar a avaliação das diferentes sessões.

APÊNDICE IV – PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

PLANO DE SESSÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Identificação da Formação	
Designação da Ação	“Serviço de Urgência Geral – Atuação dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamentos da esfera suicidária”
Formador	Maria Charneco
Destinatários	Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral
Pré -requisitos	Enfermeiros a desempenhar funções no serviço de Urgência Geral
Enfermeira Orientadora	AS
Enfermeira em funções de chefia	PC
Docente Orientador	JL
Datas de Realização	A designar- Segundo plano de formação do SU
Horários	A designar
Local de Realização	Sala de Conferências
Duração da Sessão	45 minutos

Objetivos da Formação	
Geral	Dotar os formandos de conhecimentos sobre a forma de atuação face às pessoas com comportamento da esfera suicidária
Específicos	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar informações gerais acerca dos comportamentos da esfera suicidária - Desmistificar mitos associados ao suicídio - Sensibilizar os enfermeiros para a importância da qualidade do atendimento da pessoa com TS - Esclarecer acerca das necessidades das pessoas após TS - Destacar os Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental com a pessoa, após TS em contexto de Urgência Geral

Organização e estrutura da Formação					
Etapas	Atividades Didáticas	Métodos e Técnicas Pedagógicas	Recursos Didáticos	Avaliação da Aprendizagem	Tempo
Introdução	Apresentação do formador e do tema	Expositivo	PC portátil Video projetor Apresentação Power Point	-----	10'
	Enquadramento da Sessão-Sumário				
	Comunicação dos objetivos da sessão- gerais e específicos				
	- Causas do suicídio	Interrogativo		Diagnóstica	
Desenvolvimento	Conteúdos Programáticos:	Expositivo	PC portátil Vídeo projetor Apresentação Power Point Filme	Formativa	25'
	- Informações gerais acerca dos comportamentos da esfera suicidária - Pertinência do tema - Mitos associados ao suicídio - Importância da qualidade do atendimento da pessoa com TS -Necessidades das pessoas após TS - Cuidados de Enfermagem de Saúde Mental com a pessoa após TS em contexto de Urgência Geral - Apresentação de pequeno filme - Discussão de filme	Interrogativo Demonstrativo			
Conclusão/ Avaliação da aprendizagem/ Avaliação da Ação de formação	- Apresentação de síntese	Expositivo Interrogativo	PC portátil Vídeo projetor Apresentação Power Point Fotocópias – Testes/Avaliação da sessão Canetas	-----	10'
	- Esclarecimento de eventuais questões				
	- Verificação dos resultados da aprendizagem através de uma avaliação sumativa- Teste de verdadeiro/falso, com 8 questões			Avaliação sumativa - Aplicação de um teste	
	- Entrega e correção do teste				
	- Encerramento da sessão				
	- Avaliação global da sessão através do preenchimento de um questionário			-----	

**APÊNDICE V – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DA PESSOA COM
COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS**



ULSBA

Unidade Local de Saúde
do Baixo Alentejo, EPE

Etiqueta

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DA PESSOA COM COMPORTAMENTOS
SUICIDÁRIOS**

NATURALIDADE: _____ FREGUESIA _____
CONCELHO: _____ CONTACTO TELEFÓNICO: _____
ESTADO CIVIL: _____ FILHOS: _____ COABITAÇÃO: _____
HABILITAÇÕES LITERÁRIAS: _____ PROFISSÃO: _____
ACOMPANHANTE: _____ CONTACTO TELEFÓNICO: _____
FONTE DE INFORMAÇÃO: PRÓPRIO ☐ ACOMPANHANTE ☐

COMPORTAMENTO SUICIDÁRIO ATUAL:

DATA __/__/20__ DIA DA SEMANA _____ HORA __: __

FATORES DESENCADEANTES:

PROBLEMAS AFETIVOS ☐ PROBLEMAS PROFISSIONAIS ☐ PROBLEMAS FINANCEIROS ☐

CONFLITO ☐ LUTO ☐ COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA FAMÍLIA ☐

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS DE AMIGOS ☐

COMPORTAMENTOS SUICIDÁRIOS NA COMUNIDADE ☐

OUTRO ☐ QUAL? _____

SEM IDENTIFICAÇÃO DE MOTIVO ☐

MÉTODO UTILIZADO:

ENFORCAMENTO ☐ ENVENENAMENTO ☐ ARMA DE FOGO ☐

ARMA BRANCA ☐ AFOGAMENTO ☐ FLEBOTOMIA ☐ DEFENESTRAÇÃO ☐ TRUCIDADO ☐

INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA ☐ OUTRO ☐ QUAL? _____

CONSUMOS ASSOCIADOS? NÃO ☐ SIM ☐

SE SIM:

MEDICAÇÃO ☐ ANSIOLÍTICA ☐ ANTI-EPILÉTICA ☐ ANTIDEPRESSIVA ☐ ANTIPSICÓTICA ☐

OUTRA ☐ QUAL? _____

ÁLCOOL ☐

OUTRAS SUBSTÂNCIAS ☐ QUAIS? _____

LOCAL DO ATO:

INTERIOR DO DOMICÍLIO ☐ PRÓXIMO DO DOMICÍLIO ☐ LOCAL ISOLADO ☐

LOCAL DE TRABALHO ☐ LOCAL PÚBLICO ☐ OUTRO ☐ QUAL? _____

AVALIAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO: TASR

PERFIL DE RISCO INDIVIDUAL ☆	SIM	NÃO
Sexo masculino		
Idade 15-35		
Idade superior a 65 anos		
História familiar de suicídio		
Doença médica crónica		
Doença psiquiátrica		
Suporte social deficitário / isolamento social		
Abuso de substâncias		
Abuso sexual / físico		
PERFIL DE RISCOS DE SÍNTOMAS ☆☆	SIM	NÃO
Sintomas depressivos		
Sintomas psicóticos positivos		
Desesperança		
Desvalor		
Anedonia		
Ansiedade / Agitação		
Ataques de pânico		
Raiva		
Impulsividade		
PERFIL DE RISCOS DE ENTREVISTA ☆☆☆	SIM	NÃO
Consumo recente de substâncias		
Ideação suicida		
Intenção suicida		
Plano suicida		
Acesso a meios letais		
Comportamento suicida prévio		
Para o doente, os doentes atuais parecem insolúveis		
Alucinações imperativas suicidas/ violentas		
NÍVEL DE RISCOS DE SUICÍDIO: Elevado ____ Moderado ____ Baixo ____		

© Dr. Stan Kutcher & Dr. Sonia Chelil, 2005

Enfermeiro(a) _____

Data: _____

Destino/Encaminhamento: _____

APÊNDICE VI – ESTUDO DE CASO

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



Unidade Curricular Estágio Final

1º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação

2º ANO | 1º SEMESTRE

Departamento de Enfermagem

Ano Letivo 2017/2018

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA E SAÚDE MENTAL

ESTUDO DE CASO

Elaborado por:

Maria Rafael Charneco, n.º 37411

Enfermeira Supervisora: Enf.ª Especialista Augusta Silva

Docente orientador: Doutor Joaquim Lopes

Beja

Janeiro de 2018

“São sempre cataclismos do cosmos as grandes angústias da nossa alma.”

Fernando Pessoa

LISTA DE ABREVIATURAS

APA– *American Psychiatric Association*

CIPE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DPSM – Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental

DSM – *Disorders statistic mental*

ECSM - Equipas Comunitárias de Saúde Mental

EESM- Enfermeiro Especialista em Saúde Mental

ERS – Entidade reguladora da saúde

ICN – *International Council of Nurses*

IM- Intramuscular

IMAO – Inibidores da Monoamina Oxidase

MMSE – *Mini Mental State Examination*

PCI – Prestador de Cuidados Informal

PO – *per os*

SNC – Sistema Nervoso Central

SPS - Sociedade Portuguesa de Suicidologia

SU - Serviço de Urgência

TS- Tentativa de Suicídio

UIP - Unidade de Internamento de Psiquiatria

ULSBA - Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1. Transtorno de personalidade <i>Borderline</i>	5
1.2. Reestruturação cognitiva	9
2 – ESTUDO DE CASO	11
2.1. Avaliação Inicial de Enfermagem	11
2.1.1. Exame Mental	16
2.2. As Entrevistas	20
2.3. História de vida pessoal analisada à luz do Modelo de Desenvolvimento de Erik Erikson..	26
2.4. Processo de Enfermagem.....	28
2.5. Discussão	32
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
BIBLIOGRAFIA	34

INTRODUÇÃO

O presente estudo de caso insere-se no âmbito do Estágio Final decorrente do 1º Mestrado em Associação de Enfermagem, Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, enquadrada no primeiro semestre do segundo ano, com o objetivo de que o aluno evidencie capacidade de reflexão crítica sobre a prática clínica, fundamente as decisões com base na teorização e na evidência científica, descreva e avalie o desenho e a implementação de um projeto.

A escolha do contexto a realizar neste estágio incidiu sobre as Equipas Comunitárias de Saúde Mental (ECSM) do Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental (DPSM) da Unidade Local de Saúde do Baixo Alentejo (ULSBA), por forma a que pudesse desenvolver a atividade formativa específica com utentes/doentes da área da respetiva especialização e de acordo com as exigências do percurso de formação da área de Enfermagem em Saúde Mental.

O presente estágio decorreu de 25 de setembro de 2017 a 26 de janeiro de 2018, com a carga horária de 24 horas por semana, com a supervisão da Enf.^a Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, Augusta Silva.

Assim, tendo em conta o estabelecido no Regulamento do Estágio Final e relatório do mestrado em enfermagem pela associação das escolas superiores de enfermagem e saúde e após discussão entre orientadora de estágio e docente orientador, foi acordado, de que seria pertinente o desenvolvimento de um estudo de caso na área do projeto a desenvolver, o Suicídio, por forma a desenvolver competências inerentes à área de especialização em enfermagem.

Salvaguardando a proteção da confidencialidade de dados, no respeito pelo disposto na Lei de Bases da Saúde, na alínea d) do ponto I) da sua Base XIV, respeitante aos direitos dos utentes a terem “[...] rigorosamente respeitada a confidencialidade de dados sobre os dados pessoais revelados; [...]” e do Dever de Sigilo preconizado no artigo 106º da Lei nº 156/2015 de 16 de setembro, o nome da utente e respetiva família, foram protegidos, sendo apenas usadas as suas iniciais. As observações foram realizadas através das visitas domiciliárias efetuadas.

Para a elaboração do estudo de caso, foi utilizada uma metodologia descritiva e o objetivo geral foi adquirir um maior conhecimento acerca da avaliação psiquiátrica, com

elaboração de um plano de cuidados personalizado, identificando os focos, construindo diagnósticos, intervenções e resultados em linguagem CIPE. Para finalizar, constará uma breve reflexão acerca dos ganhos em saúde obtidos.

Tendo em conta, os problemas identificados na utente, faremos um breve enquadramento acerca do Transtorno de Personalidade *Bordeline* e o Suicídio, bem como a intervenção terapêutica utilizada para atenuar/melhorar os problemas identificados; segue-se o estudo de caso, a Discussão e as considerações finais.

Este trabalho foi elaborado tendo em conta o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa, que entrou em vigor no sistema educativo português no ano letivo de 2011/2012 e pela norma da *American Psychological Association* [APA] – 6ª edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Transtorno da Personalidade *Borderline*

Em Portugal, a prevalência das doenças mentais diagnosticadas, em 2013, atingiu 22,9% do total da população. Apesar da elevada prevalência de problemas de saúde mental que continua a observar-se em Portugal, cerca de 65% dos doentes com diagnóstico de uma perturbação psiquiátrica moderada não utilizou cuidados de saúde mental. O estigma em torno das doenças mentais, até pelos próprios doentes do foro psiquiátrico, faz com que haja um distanciamento destes com os cuidados de saúde mental, provocando em grande escala a não adesão ao regime terapêutico e grandes descompensações ao longo da vida. (ERS, 2015)

Neste estudo de caso, considerámos pertinente expor os critérios de diagnóstico do transtorno de personalidade *borderline*, uma vez que este é o diagnóstico de base da utente escolhida para o estudo.

Assim, segundo a APA (2013), a característica essencial do transtorno da personalidade *borderline* é um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e de afetos e de impulsividade acentuada que surge no começo da vida adulta e está presente em vários contextos. Os transtornos da personalidade estão reunidos em três grupos, com base em semelhanças descritivas.

Foquemo-nos então no grupo B, onde está, portanto, incluída a patologia da utente em questão. Assim, o grupo B inclui os transtornos da personalidade antissocial, *borderline*, histriônica e narcisista. (APA, 2013)

Na figura nº 1 estão expostos os critérios de diagnóstico para o Transtorno da Personalidade *Borderline*

Critérios de diagnóstico para o Transtorno da Personalidade <i>Borderline</i>
<p>Um padrão difuso de instabilidade das relações interpessoais, da autoimagem e dos afetos e de impulsividade acentuada que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes critérios:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Esforços desesperados para evitar abandono real ou imaginado. (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)2. Um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos caracterizado pela alternância entre extremos de idealização e desvalorização.3. Perturbação da identidade: instabilidade acentuada e persistente da autoimagem ou da percepção de si mesmo.4. Impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (p. ex., gastos, sexo, abuso de substância, direção irresponsável, compulsão alimentar). (Nota: Não incluir comportamento suicida ou de automutilação coberto pelo Critério 5.)5. Recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento automutilante.6. Instabilidade afetiva devida a uma acentuada reatividade de humor (p. ex., disforia episódica, irritabilidade ou ansiedade intensa com duração geralmente de poucas horas e apenas raramente de mais de alguns dias).7. Sentimentos crônicos de vazio.8. Raiva intensa e inapropriada ou dificuldade em controlá-la (p. ex., mostras frequentes de irritação, raiva constante, brigas físicas recorrentes).9. Ideação paranoide transitória associada a estresse ou sintomas dissociativos intensos.

Indivíduos com transtorno da personalidade *borderline* mostram impulsividade em pelo menos duas áreas potencialmente autodestrutivas (Critério 4). Podem apostar, gastar dinheiro de forma irresponsável, comer compulsivamente, abusar de substâncias, envolver-se em sexo desprotegido ou conduzir de forma imprudente. (APA, 2013)

Apresentam recorrência de comportamento, gestos ou ameaças suicidas ou de comportamento de automutilação (Critério 5). Suicídio ocorre em 8 a 10% de tais indivíduos, sendo que atos de automutilação (p. ex., cortes ou queimaduras), ameaças e tentativas de

suicídio são muito comuns. A ideação suicida recorrente é com frequência a razão pela qual essas pessoas buscam ajuda. Esses atos autodestrutivos são geralmente precipitados por ameaças de separação ou rejeição ou por expectativas de que o indivíduo assuma maiores responsabilidades.

Segundo a APA (2014), o DSM V, faz referência ao suicídio, como o Transtorno do Comportamento Suicida, em que estabelece como critérios os seguintes que passamos a citar:

Crítérios Propostos

A. Nos últimos 24 meses, o indivíduo fez uma tentativa de suicídio.

Nota: Uma tentativa de suicídio é uma sequência auto iniciada de comportamentos por um indivíduo que, no momento do início, tinha a expectativa de que o conjunto de ações levaria à sua própria morte. (O “momento do início” é o momento em que ocorreu um comportamento que envolveu a aplicação do método.)

B. O ato não preenche os critérios para autolesão não suicida - isto é, não envolve autolesão direcionada à superfície do corpo realizada para produzir alívio de um estado cognitivo/sentimento negativo ou para alcançar um estado de humor positivo.

C. O diagnóstico não é aplicado a ideação suicida ou a atos preparatórios.

D. O ato não foi iniciado durante um estado de *delirium* ou confusão.

E. O ato não foi realizado unicamente por um objetivo político ou religioso.

Especificar se:

Atual: Não mais de 12 meses desde a última tentativa.

Em remissão inicial: 12 a 24 meses desde a última tentativa.

1.2. Restruturação Cognitiva

Townsen (2011) define a Terapia Comportamental como “uma forma de psicoterapia cujo objetivo é modificar padrões de comportamento mal adaptativos através do reforço de comportamento adaptativos”.

Fundada por Beck, a terapia cognitiva, uma das correntes que mais determinou os contornos da prática cognitivo- comportamental, surgiu no início dos anos 60 nos Estados Unidos. Esta surgiu como uma psicoterapia breve para a depressão. (Machado & Vandenberghe, 2014)

A reestruturação cognitiva consiste em modificar os pensamentos automáticos e as crenças disfuncionais envolvidos nos problemas do cliente. No processo, as distorções da realidade são também identificadas e diretamente trabalhadas. A avaliação crítica do pensamento automático e a sua substituição por pensamentos mais racionais, produzem progresso clínico. (Machado & Vandenberghe, 2014)

Townsend (2011) identificou várias técnicas para modificação do comportamento, nomeadamente:

- **Shaping**: uma técnica no qual os reforços são dados para aproximações cada vez maiores à resposta desejada;
- **Modelagem**: refere-se à aprendizagem de novos comportamentos através da imitação do comportamento de outros;
- **Princípio de Premack**: esta técnica afirma que uma resposta que ocorre frequentemente pode servir de reforço positivo para uma resposta que ocorre com menos frequência;
- **Extinção**: diminuição gradual na frequência ou desaparecimento de uma resposta quando o reforço positivo é retido;
- **Contratação contingente**: um contrato é elaborado especificando uma alteração de comportamento concreta e os reforços a serem dados pelo cumprimento dos comportamentos desejados;
- **Time out**: estímulo aversivo ou punição durante o qual o cliente é removido do meio onde o comportamento inaceitável está a ser exibido;
- **Inibição recíproca**: diminui ou elimina um comportamento através da introdução de um comportamento mais adaptativo que seja incompatível com o comportamento inaceitável;

- **Sensibilização manifesta:** tipo de terapia de aversão que produz consequências desagradáveis para comportamentos indesejados;
- **Dessensibilização coberta:** baseada na imaginação do indivíduo para produzir consequências desagradáveis para comportamentos indesejados;
- **Dessensibilização sistemática:** utilizada para ultrapassar fobias na qual existe uma hierarquia de eventos produtores de ansiedade através dos quais o indivíduo progride;
- **Flooding ou Terapia implosiva:** dessensibiliza os indivíduos dos estímulos fóbicos através de uma apresentação contínua de estímulos fóbicos, através de imagens mentais, até que estes deixem de causar ansiedade.

Segundo Amaral (2010), a reestruturação cognitiva tem como objetivo “assistir e encorajar o utente a alterar padrões distorcidos de pensamento para que se perceba a si mesmo e ao mundo que o rodeia de forma mais realista, promovendo situações que desafiem a auto percepção comportamental”.

Atividades:

- ✓ Assistir o utente a compreender que a incapacidade em ter comportamentos desejáveis, resulta geralmente de autoafirmações irracionais;
- ✓ Assistir o utente a identificar o sistema de crenças que afeta o estado de saúde;
- ✓ Assistir o utente a identificar os fatores (situações, eventos interações) que provocam stress (levando-o a reconhecer as suas interpretações erróneas sobre os fatores de stress),
- ✓ Assistir o utente a reconhecer a irracionalidade de uma crença, comparada à realidade;
- ✓ Assistir o utente a tornar as autoafirmações irracionais, racionais;
- ✓ Assistir o utente a verbalizar sentimentos negativos (informar sobre pensamentos disfuncionais: polarização, generalização excessiva, aumento exagerado, personalização).

1. ESTUDO DE CASO

O estudo de caso pode ser definido como uma exploração de um sistema delimitado ou de um caso, obtido por meio de uma detalhada colheita de dados, através de várias fontes de informações. (Creswell, 1968)

Os estudos de casos clínicos, também chamados de estudos de casos informais, são os estudos aplicados na assistência direta de enfermagem, com o objetivo de realizar um estudo profundo dos problemas e necessidades do utente, família e comunidade, proporcionando subsídios para a enfermeira intervir da melhor forma nos focos identificados. (Heidgerken, 1963)

Para a recolha de dados que compõem a avaliação inicial que se segue, adaptou-se a história clínica de enfermagem do DPSM. Foi recolhida informação através do sistema informático de apoio aos registos de enfermagem e médicos. Através da pesquisa constatámos, de que a utente em questão desde a infância que foi seguida pela Psiquiatria, apesar de ter ocultado sempre esta informação nas várias entrevistas.

2.1. Avaliação Inicial de Enfermagem

História Biopsicossocial

Identificação da Utente

Nome: A. R. N.

Idade: 25 anos

Estado Civil: Solteira, sem filhos

Agregado familiar:

Filha mais nova de uma fratria de 2 irmãos, o irmão com Síndrome de Down, insuficiente renal crónico em estadio IV, em programa de hemodiálise. Aguarda transplante renal. Viveu com o

namorado nos Açores, durante cerca de um ano, agora voltou para o Continente para casa dos pais, com o irmão. Esteve nos Açores de 2015 até março de 2017.

Profissão: Profissional de saúde

Nacionalidade: Portuguesa

Habilitações Literárias: Licenciatura

Rendimentos económicos: 1200€/mensais

Pessoas significativas: Pai

Sistema de Saúde: SNS

Data de internamento (s): 22 de setembro e 29 de setembro de 2017

A profissão e a residência foram omitidas a pedido da utente.

História Atual da Doença

Em junho de 2016, altura em que vem de férias para o continente refere que é vítima de “violência psicológica” por parte do namorado com quem vivia há 1 ano. Desde então foi seguida por psiquiatra particular. É medicada com Escitalopram 10 mg. Em fevereiro de 2017 termina relação com o namorado e sai de casa. Inicia quadro de tristeza, isolamento, ideias de morte, por alegada “perseguição” do ex-namorado. Em março de 2017 regressa para a casa dos pais. É internada a 22 de setembro na UIP para estabilização e ajuste de terapêutica. Tem alta da UIP a 28 de setembro e regressa a 29 de setembro por TS, com plano estruturado (enforcamento). No segundo dia de internamento, faz nova TS “encontrada a doente com lençol enrolado à volta do pescoço – doente refere que “não sabe porque o fez” sic. Doente com diagnóstico de Transtorno de Personalidade *Borderline*. Doente sem estratégias de *coping*. Discurso centrado no seu sofrimento. Foi medicada para o domicílio com Olanzapina 10 mg – Pequeno almoço e almoço; 15mg ao jantar.

Exame Físico

Todos os sinais vitais se apresentavam estáveis. Apresenta-se emagrecida. A mãe refere que a utente perdeu pelos menos 5 kilos no último mês.

Cabeça /Tronco/Membros:

Assimétricos: Não

Deformidades: Não

Cicatrizes: Não

Próteses: Não

Visão: Normal

Audição Boa

Pele e mucosas:

Coradas: sim

Edemas: Não

Hidratadas: Sim

Integras: Sim

Hábitos de Vida**➤ Autocuidado: Higiene**

Negligenciado desde que teve alta da UIP.

➤ Autocuidado: Vestuário

Independente no autocuidado.

➤ Autocuidado: comer

Nº de refeições por dia: 4 (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar)

A mãe confeciona as refeições.

Não necessita de assistência no autocuidado.

➤ **Autocuidado: beber**

Independente no autocuidado.

➤ **Autocuidado: atividade recreativa**

Negligenciado desde a alta da UIP

➤ **Autocuidado: atividade física**

Comprometido desde a alta da UIP

➤ **Autocuidado: sono e repouso**

Horas de sono: 13 horas noturnas e alguns períodos durante o dia

Qualidade do sono: Não reparador

Insônia: Não

➤ **Autocuidado: uso do sanitário**

Independente neste autocuidado

Estilos de Vida: Uso de substâncias:

Consumo de tabaco: sim

Consumo de drogas: não

Consumo de álcool: não

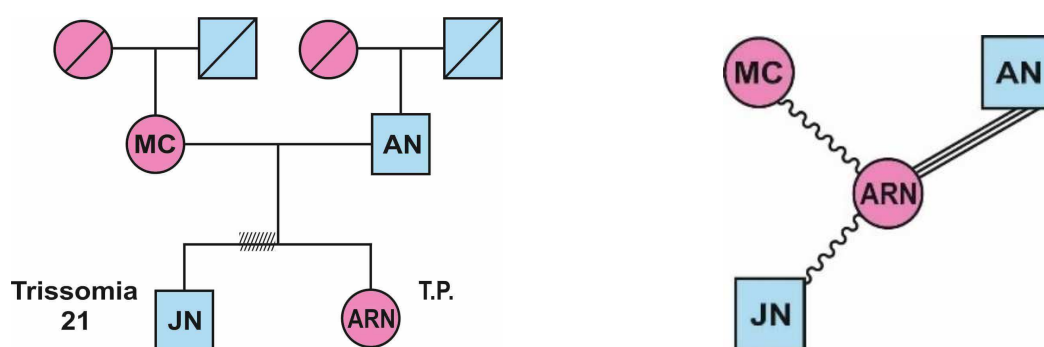
Consumo de cafeína: sim

História Familiar

O grupo das pessoas significativas enquanto residiu nos Açores eram o ex-namorado e a irmã do ex-namorado. Refere dificuldade em fazer amigos. A utente é membro de uma família pequena, não tem grandes laços com a família afastada. Refere ter uma relação próxima e forte com o pai e conflituosa com a mãe e o irmão.

Desde que fez TS, teve alta da UIP, evita falar com amigas da terra, apesar de afastadas, por ter vergonha do que fez e julga que as pessoas vão pensar mal dela.

Genograma e Ecomapa



Exame mental

❖ **Descrição geral** (aparência, comportamento e atividade motora, atitude acerca do examinador)

- A aparência melhorou no decurso das entrevistas, mostrou-se mais preocupada com a aparência. A atitude ao longo das entrevistas melhorou, no início a utente teve uma postura

introvertida e pouco colaborante que com o decorrer do tempo foi-se tornando cada vez mais colaborante e responsável no seu processo de doença.

❖ **Humor e Afeto** (Humor, afeto e adequação)

- Houve uma melhoria significativa no decorrer das entrevistas, em que na primeira o humor era depressivo e existia um embotamento afetivo e enquanto que nas últimas 3 entrevistas apresentou humor eutímico, a esboçar sorrisos, bastante adequada.

❖ **Fala** (velocidade e adequação)

- Na primeira entrevista era nítida a bradifasia, a qual melhorou no decurso das entrevistas.

❖ **Perturbações da Percepção** (alucinações)

- Sem alterações

❖ **Pensamento** (processo ou forma do pensamento, conteúdo do pensamento)

- Na primeira entrevista apresentou bradipsíquia, com pensamento perseverante.

❖ **Sensório e cognição** (alerta e nível de consciência, orientação, memória, concentração, pensamento abstrato, fundo de informações e inteligência)

- Vígil, com orientação auto e alopsíquica. Sem alterações na memória, com alguma dificuldade na concentração e no pensamento abstrato.

❖ **Controlo de impulsos**

❖

❖ **Julgamento e Insight** (se experienciar os mesmos sentimentos e emoções voltará a ter o mesmo comportamento? Tem noção da doença?)

- Tem insight mas não aceita a doença.

❖ **Confiabilidade** (relata a ideiação suicida, o plano estruturado? Confia no entrevistador?)

- A utente relata a intenção, a letalidade e até o plano estruturado das tentativas de suicídio.

❖ **Perturbações fisiológicas associadas com o humor** (anorexia, bulimia, insónia, hipersónia, diminuição da libido)

- Refere sonolência.

❖ **Memória e atenção (memória de retenção, evocação ou de fixação. Perturbação de memória imediata, recente e remota)**

- Sem alterações.

Terapêutica habitual:

- Escitalopram – 10 mg

- Olanzapina – 10mg ao pequeno almoço e almoço e 15mg ao jantar

Escitalopram:

Nome comercial: Cipralex

Grupo terapêutico: Antidepressivos – inibidores seletivos da recaptação da serotonina no SNC

Indicações: Tratamento da depressão

Ação: Inibe seletivamente a recaptação da serotonina no SNC

Contra- Indicações e Precauções:

- Casos de hipersensibilidade, uso concomitante com IMAO e com Citalopram;

- Precaução em doentes com história de convulsões, história de tentativas de suicídio, insuficiência hepática e insuficiência renal severa

Reações Adversas:

Insónias, tonturas, sonolência, fadiga, diarreia, náuseas, dor abdominal, obstipação, hiponatremia e aumento de apetite.

Interações medicamentosas:

O uso concomitante com IMAO pode resultar em reações graves potencialmente fatais e deve-se usar com cuidado outros fármacos de ação central

Posologia:

Adultos (PO): 10 a 20mg/dia

Olanzapina:

Nome comercial: (Zyprexa – Olapin- Zalasta)

Grupo terapêutico: Antipsicóticos – Tienobenzodiazepinas

Indicações:

- Desordens psicóticas: episódios maníacos agudos associados a doença bipolar (usada em conjunto com lítio ou valproato);
- Terapêutica de manutenção a longo prazo de bipolaridade e esquizofrenia;
- Agitação (devida a esquizofrenia ou mania).

Ação:

- Antagoniza os recetores da dopamina e serotonina do tipo 2 do SNC;
- Efeitos anticolinérgicos; antiadrenérgicos alfa 1 e antihistamínicos

Contra- Indicações e Precauções:

- Hipersensibilidade à substância ou outro componente;
- Aleitamento materno;
- Especial precaução em geriatria, antecedentes de perturbações convulsivas e ideação suicida, doença hepática, cardiovascular e cerebrovascular, glaucoma do ângulo curto e hipertrofia da próstata.

Reações Adversas:

- Hipotensão ortostática, tonturas, cefaleias, taquicardia, sedação, síndrome neuroléptico maligno, convulsões, agitação, fraqueza, alterações de humor e/ou personalidade, ambliopia, tosse, dispneia, dor torácica, obstipação, boca seca, náuseas, aumento do apetite e peso corporal, por vezes febre.

Interações Medicamentosas:

- Carbamazepina, omeprazol ou rifampicina (diminuição do efeito terapêutico);
- Álcool e produtos depressores do SNC (pode ocorrer depressão ativa do SNC);
- Antagoniza efeito da levodopa e outros antagonistas da dopamina.

Posologia:

- Esquizofrenia (PO): 5 a 10mg/dia (máximo 20mg/dia)
- Mania Bipolar (PO): 10 a 15 mg/dia (máximo 20mg/dia);
- Agitação aguda (IM): 5 a 10mg, pode repetir de 2 em 2 horas

2.2. As Entrevistas

Todos os estudos e a experiência clínica mostram que a ideação suicida, tentativa de suicídio e suicídio representam um contínuo. Quando o utente se encontra livre de perigo sob o ponto de vista biológico, a avaliação deve ser feita o mais precocemente possível. (Peixoto, Saraiva & Sampaio, 2006)

Saraiva (1999), defende que a abordagem deve ser feita por médicos ou outros técnicos com treino específico na área dos comportamentos suicidários. A colheita de dados não deve obedecer ao modelo de uma história psiquiátrica clássica, pois é, mais relevante a compreensão e a explicação dos problemas apresentados pelo doente, embora seja feito também o exame mental.

Segundo Hawton & Catalan (1987), o técnico deve colher durante a entrevista uma série de dados. Deve fazer perguntas abertas, por forma a incentivar o doente a falar livremente sobre os seus problemas, sentimentos e emoções.

Segundo Sampaio (2002), a entrevista deve permitir obter informações acerca das características do comportamento suicidário; os problemas atuais; a psicopatologia; a história pessoal e familiar; doenças somáticas; avaliação das capacidades de resolução (recursos internos); adesão à terapêutica; avaliação do sistema relacional (família, amigos, vizinhos); atitude do doente e da família face à ajuda.

A entrevista é uma componente necessária, que permite a colheita de dados de uma forma, concisa e metódica. Esta não é facilitada, de forma alguma quando se tem uma Pessoa à nossa frente, que não sabemos o que vai responder ou se quer se vai responder às questões por nós efetuadas. No momento, a pergunta mal elaborada ou as condições que o doente reúne, podem ditar o fracasso da entrevista. A pergunta aberta pode ampliar e aprofundar o contato, abrindo a porta para um relacionamento. A pergunta que já inclui a resposta, não é mais do que uma pergunta retórica, porque pressupõe que a resposta dada pelo técnico é a resposta que o entrevistado daria se interrogado. Deve-se evitar as perguntas diretas, isto é, interrogações precisas. Preferindo, perguntas indiretas, que perguntam sem parecer fazê-lo. Evitar perguntas duplas e “bombardeios” de perguntas. (Benjamin, 1985)

Visita domiciliária dia 24 de outubro de 2017, 10 horas e 30 minutos, que ocorreu cerca de 15 dias após a alta da UIP.

Eu e a enfermeira orientadora fomos recebidas no domicílio da doente pela mãe. Permanecia em casa o irmão (que se encontrava com vômitos, “a sessão de hemodiálise do dia anterior não tinha corrido bem” sic) e o pai, a jovem ainda não tinha acordado. A mãe foi acordar a doente, que desce as escadas, com postura encurvada, aspeto descuidado e cabisbaixa.

Apresentámo-nos e aceitou conversar connosco acerca do que aconteceu nos últimos meses. Evita confronto visual, esboça alguma alexitimia e bradipsiquia. Refere que não consegue chorar, o que relaciona com a medicação. Durante a entrevista, tenta-se delinear o contexto em que a tentativa de suicídio ocorreu, tendo a utente descrito que existiram avisos prévios a terceiros e que tinha um plano bem estruturado. Foram desocultadas as motivações para o ato que foram de ordem externa e que se relacionou com aspetos afetivos, mais concretamente com a perda do ex-namorado. Refere que nunca havia tentado suicidar-se, nem ninguém da família. “Acho que sinto vergonha pela TS” sic.

Aplicada a escala MMSE, a qual teve pontuação máxima. Durante a entrevista o discurso é centrado na opinião pública, demonstrando pensamento perseverante, onde existe uma ideia sobrevalorizada que emerge sistematicamente em detrimento das outras. Doente refere, de forma repetida, ao longo da entrevista, “o que os outros vão pensar de mim?” (...) “acham que sou maluca, mas eu não sou” (...) “acabei com a minha reputação” (...) “a minha vida acabou” sic.

Quando se tenta apurar história anterior de doença psiquiátrica, doente omite ser seguida desde a infância e apenas refere que estava a ser seguida por médico psiquiatra particular há cerca de um ano por Depressão.

Na avaliação das estratégias de resolução de problemas, abordamos o assunto através da ida para o Açores, a utente relata que tem poucos amigos e que tinha um namorado, com quem vivia há cerca de um ano “e agora perdi-o” sic. Diz que se dá bem com os colegas de trabalho.

Mantém ideação suicida “continuo a pensar em coisas más” “agora não tenho ninguém” “eu não consigo mudar a minha postura” “sinto que a minha vida acabou nesse dia” sic. Foi instruída para a técnica de paragem do pensamento.

A técnica chamada paragem de pensamento (Meyers e Scheleser, 1980) deve suspender a cadeia de pensamentos negativos dizendo a si mesmo "Basta!". Depois, é-lhe explicado que tem que utilizar nesta situação as autoinstruções previamente treinadas (frases curtas que dizemos a nós mesmos internamente para nos orientar com êxito em determinado comportamento).

Durante a entrevista, a mãe interfere por várias vezes, de forma, autoritária, desajustada e agressiva para com a filha. Conta que foi ela que lhe salvou a vida, que a tirou da corda, onde estava pendurada, emociona-se e mostra total incapacidade para lidar com a situação. Esta entrevista funciona não só como um momento de catarse para a filha, mas também para a mãe.

O pai sai de casa mal a entrevista tem início e o irmão ao decorrer da entrevista tenta chamar à atenção, para que o foco da entrevista seja ele e não a irmã. A mãe mostra-se exausta e “sem paciência para esta situação”, caracteriza o esposo como sendo o mais próximo da filha.

Reforçamos a importância de utente não se descuidar com a aparência, de fazer a sua higiene e de sair do quarto. Tentar fazer caminhadas com o pai, ao qual ela se mostra renitente. Agendamos nova entrevista e despedimo-nos.

Entrevista realizada dia 27 de outubro de 2017 nas instalações do DSMP.

Utente lúcida, discurso fluente, contacto cordial sintónico. Expressando por vezes no decorrer da entrevista alguma ansiedade. No início da entrevista foi abordada a relação da doente com a mãe desde a gravidez, ao qual a doente refere que a gravidez não foi programada. Ao longo da gravidez a mãe esteve sempre ansiosa e preocupada por ter tido o primeiro filho com trissomia 21. Ao longo de toda a vida, os pais sempre foram muito controladores e autoritários, tendo também “a atenção sempre virada para o irmão doentinho” (sic), “eu nunca importei para eles” (sic). Refere que foi uma adolescente muito inteligente, “tinha sempre muito bons resultados na escola” (sic). Refere que teve uma adolescência muito turbulenta “eu era muito rebelde e muito revoltada” (sic), “perdi o interesse no 10º ano, estava mais interessada nos namoros” (sic).

Como atrás mencionado, foi para os Açores há 2 anos, “fui vítima de violência psicológica por parte do meu ex-namorado” (sic). Considerando-o muito controlador e possessivo depois de viverem juntos. “escolhia-me as roupas para eu vestir” (sic). Em relação ao trabalho que desempenha nos Açores, diz não gostar. “sempre sonhei ser médica” (sic). Doente mantém ideias para pôr termo a vida “se experienciar os mesmos sentimentos voltarei a ter o mesmo comportamento”, “acho que a minha vida chegou ao fim”, “não consigo encontrar nada de bom na vida”(sic). Quando abordada a questão de TS no internamento, a utente refere que “tentei-me suicidar no internamento por sentir que a minha vida tinha chegado ao fim com vergonha do que tinha feito e que nunca mais seria ninguém na vida. Imobilizaram-me e sedaram-me” sic. Doente sentiu-se discriminada pelos profissionais de saúde, através de conversas e da postura. “sinto muita vergonha por ter feito, mas se encontrar um método letal farei novamente” (sic). Acha difícil a reintegração, nem sabe se vai conseguir voltar. Quando questionada acerca da forma como foi atendida no SU e na UIP doente refere que se sentiu sempre discriminada. Feitas várias técnicas com a doente de olhar a vida com mais positivismo, com pouco benefício. Foi aplicada a escala de risco de suicídio (Guterres, Levy & Amorim, 1999), na qual apresentou alto risco de suicídio.

Entrevista realizada dia 30 de novembro de 2017 nas instalações do DSMP.

Foi assistida a consulta de psiquiatria e *à posteriori* foi feita entrevista motivacional à doente. Utente consciente, lúcida, orientada, com discurso fluente. Contacto cordial, sintónico. Esboça sorrisos de forma natural. Aspeto mais cuidado em relação à última entrevista. Doente menciona aspeto que ocorreu no passado e que lhe causa alguma ansiedade. Ter feito um crédito pessoal no valor de 5000€ para gastar em “coisas superficiais...comprar roupas, sessões de massagens, colocar extensões...” (sic). Doente com vontade de retomar a sua “vida anterior” (sic) mas esboça ansiedade aquando da resolução de problemas.

Foi sugerido retomar contacto com a chefe da instituição onde labora, com o intuito de preparar a volta à ilha. Doente expressa preocupação em relação ao restabelecimento de contacto com a chefe. Doente está menos preocupada com o aumento de peso, apesar de não ter reiniciado atividade física. Refere que dorme bem e alimenta-se bem. Mantém adesão

terapêutica. Foi acordado em consulta retirar do esquema terapêutico a Olanzapina de 5 mg ao almoço e combina novo encontro para daqui a um mês conforme a doente se sentir com vontade de voltar ao trabalho. Expressa preocupação em não surgir no documento da baixa médica a descrição do motivo.

A mãe fez fratura de Colles à direita, a semana passada. Refere melhoria na relação com a mãe. No global, a doente apresenta-se mais motivada para seguir com a vida. Não expressa ideias de morte.

Entrevista realizada dia 23 de janeiro de 2018, 11 horas, no domicílio da própria.

A enfermeira orientadora de estágio e eu fomos recebidas pelo irmão da utente, pois esta ainda se encontrava ainda a dormir. Doente lúcida e orientada, com discurso fluente. Contacto sintónico. Adequada. Humor eutímico, mas que no decorrer da entrevista teve alguns períodos de labilidade emocional. Doente manifesta vontade de regressar à ilha. Feito contacto com a entidade empregadora, que decidiu fazer proposta de transferência da funcionária para outra ilha. Doente aceitou a proposta, mas sente-se rejeitada pelos colegas de trabalho e chefe, no entanto, e após profunda reflexão e troca de ideias, assume que apesar de querer voltar para o seu local de trabalho, julga que esta situação poderia trazer-lhe muita ansiedade por estar exposta a muitos fatores stressantes, uma vez que o ex-namorado e a irmã do ex-namorado trabalham na mesma instituição.

Demonstra vergonha por ser considerada doente mental e mantém o discurso centrado na opinião das pessoas. Tem obtido as baixas médicas através do médico de família para omitir o foro da doença. Expressa sentimentos de ambivalência em relação ao que os outros sentem em relação ao doente mental e o que ela própria sente, quando é abordado o tema das tentativas de suicídio, a doente refere que não teve consciência da primeira TS e que foi um ato consciente a segunda TS. Sente-se culpada e diz que não volta a tentar, feitas várias técnicas para resolução de problemas e de encarar a vida, de uma forma, mais positiva, reforçada autoestima.

Mantem adesão terapêutica, refere dormir bem e comer bem. Encerra-se a entrevista com a ideia de que a doente terá que olhar e focar-se no futuro, planeando objetivos atingíveis e

faseados. Reforça-se a importância de se manter em ligação com o DSMP e sempre que necessário recorrer.

2.3. História de Vida Pessoal Analisada à Luz do Modelo de Desenvolvimento de Erik Erikson

A teoria do desenvolvimento psicossocial considera que o crescimento psicológico ocorre através de estágios e fases, não ocorre ao acaso e depende da interação da pessoa com o meio que a rodeia. Cada estágio é atravessado por uma crise psicossocial entre uma vertente positiva e uma vertente negativa. As duas vertentes são necessárias, mas é essencial que se sobreponha a positiva. A forma como cada crise é ultrapassada ao longo de todos os estágios, irá influenciar a capacidade para se resolverem conflitos inerentes à vida.

Erikson enuncia oito estágios do Ciclo Vital, sendo eles:

Estágio 1 (0 - 1 ano) – **Confiança Básica *versus* Desconfiança Básica;**

Estágio 2 (1 - 3 anos) – **Autonomia *versus* Vergonha e Dúvida;**

Estágio 3 (3 - 5 anos) – **Iniciativa *versus* Culpa;**

Estágio 4 (6 – 11 anos) – **Indústria *versus* Inferioridade;**

Estágio 5 (11 – 20 anos) – **Identidade *versus* Difusão de Papéis;**

Estágio 6 (21 – 40 anos) – **Intimidade *versus* Isolamento;**

Estágio 7 (40 – 65 anos) – **Generatividade *versus* Estagnação;**

Estágio 8 (mais 65 anos) – **Integridade *versus* Desespero.** (Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997)

Período Perinatal (até 1 mês): onde nasceu? tipo de parto, gravidez programada, tem irmãos?

- Filha mais nova, J.N. é dois anos mais velho, a mãe fez amniocentese, foi cesariana, não sabe se foi programada. Refere que a mãe nunca fala da gravidez dela.

Primeira infância (0-5 anos): frequentou pré-primária? Com que idade começou a falar, tirou a fralda e a andar?

- Frequentou a pré-primária, não sabe com que idade começou a falar, tirou a fralda e a andar, a mãe estava com depressão desde que o irmão nasceu.

Segunda infância (6-11 anos): Onde frequentou a escola primária? Como era na escola?

- Frequentou a escola primária na área de residência. “Fui sempre mais desenvolvida para a idade” sic

Adolescência (12-20 anos): como foi a adolescência? Reprovou algum ano? Quando começou a namorar?

- Era uma adolescente rebelde, revoltada, havia muito controlo dos pais, eles eram muito autoritários. Sente-se mal porque os pais sempre deram mais atenção ao J.N, mas percebe porque ele é doente. Perdeu o interesse na escola, no 10º ano, estava mais interessada nas relações entre os pares. Queria ter seguido Medicina. Começou a namorar aos 15-16 anos.

História de vida atual (Intimidade *versus* Isolamento): Fale-me da sua relação com esse namorado. Fale-me da sua relação com o seu irmão. Quando foi para os Açores? Gosta do que faz? Como é a sua relação com os seus colegas? Como descreve a experiência de ter estado internada? Como foi atendida no serviço de urgência? Ainda pensa pôr termo à vida? Não arranja motivos para viver?

- Arranjou um namorado nos Açores e foi vítima de “violência psicológica” sic. Ele era muito controlador e possessivo após 3 meses ao terem começado a viver juntos. “Não é correto dizer isto” (...) “mas eu não gosto do meu irmão” sic.

- Foi para os Açores há 2 anos. Não gosta do que faz. Gostava de ser professora de yoga.

- Sentiu-se discriminada tanto no SU, como na UIP, pelos comentários que faziam, que “era só uma chamada de atenção” (...) “Quando tentei me suicidar no internamento, imobilizaram-me e sedaram-me. Não havia necessidade...” sic.

- Se experienciar os mesmos sentimentos voltará a ter o mesmo comportamento.

2.4. Processo de Enfermagem

Tendo em conta, o objetivo de promover o desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem, a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de normas e princípios. Entre estes, destaca-se o seguinte: *“Tendo em vista maximizar o potencial dos registos electrónicos de saúde, designadamente a produção automática de indicadores, o desenvolvimento da investigação, a monitorização da qualidade, a formação, o financiamento, a tomada de decisão em relação às políticas de saúde, bem como a necessidade de reutilização de dados e comparabilidade a nível local, regional, nacional e internacional e, ainda, os requisitos de uma prática cada vez mais baseada na evidência, o sistema de informação e os registos eletrónicos deverão contemplar a utilização obrigatória da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (...)”* (Ordem dos Enfermeiros, 2007:8).

A utilização da linguagem da CIPE®, preconizada pela Ordem dos Enfermeiros Portugueses, possibilita uma maior visibilidade, uniformização e utilização dos dados que sustentam a prestação de cuidados de enfermagem. No essencial, os componentes da CIPE® são os elementos inerentes à prática de enfermagem, concretamente o que fazem os enfermeiros (intervenções de enfermagem) em face de determinadas necessidades humanas (diagnósticos de enfermagem) para produzir determinados resultados (resultados de enfermagem) (ICN, 2006).

Assim, tendo em conta o estudo de caso acima descrito podemos definir como diagnósticos e intervenções de enfermagem os seguintes itens.

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: Higiene negligenciado (tem capacidade neuromuscular para realizar as atividades inerentes, mas não inicia/completa sem incentivo)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/17	- Aconselhar sobre cuidados de higiene, - Promover autorresponsabilização; - Negociar contrato com doente até à próxima visita domiciliária;	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: Arranjar-se negligenciado (tem capacidade neuromuscular para auto iniciar as atividades inerentes, mas não as inicia ou completa sem incentivo)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Promover autorresponsabilização; - Executar terapia socioambiental, - Negociar contrato com doente até à próxima visita domiciliária; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Desolação (sentimentos de estar abandonado e completamente sozinho, afeto embotado)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Adequar humor; - Escutar ativamente; - Facilitar o trabalho relacionado à culpa; - Incentivar o humor; - Promover auto percepção positiva; - Facilitar envolvimento familiar; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Autoestima diminuída em grau elevado (expressa incapacidade em ultrapassar dificuldades (nível baixo de confiança) (pensamento sobreinclusivo)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilizar presença, - Disponibilizar suporte emocional; - Iniciar reestruturação cognitiva; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Coping ineficaz (capacidade adquirida de resolução de problemas diminuída)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 30/11/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar tomadas de decisão; - Encorajar relação; - Otimizar o sistema de apoio; - Assistir na modificação de comportamento; - Determinar metas mútuas; - Escutar ativamente; - Promover capacidade de resiliência; - Promover auto percepção positiva; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Interação social diminuída (evita participar em atividade sociais, sair de casa)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 27/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar metas mútuas (fazer caminhadas com o pai, ir beber café numa esplanada de café); - Facilitar envolvimento familiar; - Escutar ativamente; - Promover manutenção do processo familiar; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Sonolência por efeito farmacológico em grau reduzido (adormecimento diurno excessivo (redução da atenção, energia ou concentração))		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Oferecer estimulação cognitiva - Vigiar comportamento com medicação 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Stress do PCI demonstrado (diminuição da capacidade de resolução de problemas em resposta às exigências da prestação de cuidados)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Promover melhoria de papel (de cuidador); - Apoiar tomada de decisão; - Ensinar PCI sobre o processo de doença; - Determinar metas mútuas; - Apoiar a família/PCI; - Encorajar a relação do PCI com o doente; - Escutar ativamente; - Promover capacidade de resiliência; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Alto risco de TS (tentativa prévia de suicídio em menos de 1 mês)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 27/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de escala de risco de suicídio; - Disponibilizar presença; - Iniciar reestruturação cognitiva: <ul style="list-style-type: none"> • Determinar metas mútuas; • Escutar ativamente; • Promover auto perceção positiva ; • Executar reestruturação cognitiva; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: atividade recreativa negligenciado (tem capacidade neuromuscular para autoiniciar e completar as atividades inerentes)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 24/10/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no autocuidado; - Executar terapia recreacional; - Incentivar o humor; - Promover auto-responsabilização; - Oferecer estimulação cognitiva; - Promover auto-percepção positiva; 	Data termo

Fenómeno de Enfermagem: Autocuidado: atividade física negligenciado (tem capacidade neuromuscular para autoiniciar e completar as atividades inerentes)		
Intervenções de Enfermagem:		
Data início 30/11/2017	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir no autocuidado; - Negociar contrato com a utente; - Promover auto-percepção positiva; - Promover auto-responsabilização; - Ensinar a utente sobre os benefícios da atividade física no processo de doença; 	Data termo

2.5. Discussão

Apesar das visitas nem sempre terem decorrido como planeadas e de terem ocorrido alguns impasses (nomeadamente a utente não cumprir com o que lhe tinha sido solicitado, fazendo com que as sessões fossem mais demoradas e, consequentemente, mais difícil de conseguir a sua total atenção e concentração), considero que houve alguns ganhos em saúde.

Ao longo das sessões, foi de facto evidente na utente, uma evolução na sua capacidade de expressão de sentimentos, medos e frustrações. Ao longo do tempo, a utente tende a aumentar a confiança que deposita no técnico, debruçando-se sobre determinados aspetos da sua vida a que habitualmente não atribuía muito tempo de reflexão.

A intervenção ideal futura seria a utente manter a ligação com o DPSM por forma a dar continuação às temáticas trabalhadas, com a possível ida para os Açores, esta continuidade poderá ser posta em causa e a utente voltar a sofrer nova descompensação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não obstante às competências do enfermeiro de cuidados gerais, o enfermeiro especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, tem o dever de se elevar enquanto profissional, na forma como vê a outra pessoa que ali está diante dele, o conceito de holismo que deriva do grego *holos*, ou “totalidade”, em que as noções de corpo e espírito se referem a aspetos do ser humano inseparáveis e mutuamente dependentes, que são muitas vezes descurados os aspetos da mente, sendo vencidos em alta escala pelos aspetos biomédicos.

O desenvolvimento de um estudo de caso “obrigou-me” a debruçar mais em profundidade para um doente sem esquecer todos os outros a que fiz entrevistas nas visitas domiciliárias. A minha escolha recaiu sobre uma doente com um historial de duas TS, logo com alto risco de fazer nova tentativa. A minha escolha deveu-se ao desafio que teria que abraçar, tendo em conta o historial, bem como associar o facto, de ser uma doente com transtorno da personalidade *Borderline*. Implicou da minha parte muita capacidade de adaptação aos novos comportamentos e de muita pesquisa em torna da revisão da literatura. O estar em relação com o Outro, nunca é fácil. Cada relação é única e até a cada dia se transforma.

BIBLIOGRAFIA

- Machado, A. & Vandenberghe, L. (2014). Relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental: Desafios e possibilidades com uma paciente *borderline*. *Psychologica*. Volume 57, nº2, pp. 95-109. DOI: http://dx.doi.org/10.14195/1647-8606_57-2_5
- Amaral, A. (2010) *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental mediante a CIPE*: Loures: Lusociência
- APA (2013). *DSM-V-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª Ed. Revista). Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2014). *DSM V. Manual de Diagnósticos e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª edição. Lisboa: Climepsi Editores
- Benjamin, A. (1985). *A entrevista de ajuda*. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Creswell JW. (1998). *Qualitative inquiry and research design - choosing among five traditions*. London: Sage.
- Deglin, J. & Vallerand, A. (2001) *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Trad.: Dr. Helder Pinheiro. Loures: Lusociência.
- ERS (2015). Acesso e qualidade nos cuidados de saúde mental. Porto. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/1500/Estudo_Saude_Mental_versao_publicar_v.2.pdf
- Guterres, T.; Levy, P. & Amorim, P. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Versão Portuguesa 5.0.0. Loures.
- Hawton, K. & Catalan, J. (1987). *Attempted Suicide: a Practical Guide to its Nature and Management* (2nd ed.) Oxford University Press.
- Heidgerken, L. (1963) *Enseñanza de la Enfermería*. 2ª ed. México: Interamericana;
- ICN (2006). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Kaplan, H.; Sadock, B.; Grebb, J. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: ciência, comportamento e psiquiatria clínica*. 9ª Edição, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lei nº 48/90 de 24 de agosto. Lei de Bases da Saúde. Diário da República n.º 195/1990, Série I. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/20471/lei-48-90-de-24-de-agosto>

- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República n.º 181/2015, Série I. Disponível em: <https://dre.tretas.org/dre/1535131/lei-156-2015-de-16-de-setembro>
- Meyers, A & Scheleser, R. (1980). A Cognitive behavioral intervention for improving basketball performance. *Journal of Sport Psychology*, 2, 69-73.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Sistema de Informação de Enfermagem (SIE) – Princípios básicos da arquitectura e principais requisitos técnico-funcionais*.
- Peixoto, B., Saraiva, C. B. & Sampaio, D. (Coords.).(2006) Comportamentos suicidários em Portugal. Coimbra, Portugal: SPS.
- Sampaio, D. (2002). *Ninguém morre sozinho: o adolescente e o suicídio*. (9ª ed.). Lisboa: Caminho
- Saraiva, C. (1999). *Para-suicídio*. Coimbra. Quarteto.
- Townsend, M. C. (2011) *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*, 6ª edição: Loures: Lusociência. ISBN: 978-972-8930-61-5

APÊNDICE VII – REVISÃO INTEGRATIVA – “Abordagem dos enfermeiros no serviço de urgência face à pessoa com comportamentos da esfera suicidária”

Revisão Integrativa: Atendimento da pessoa com comportamento da esfera suicidária no Serviço de Urgência

Integrative review: person's care suicide attempt in the emergency department

Maria José Rafael Charneco ¹

RESUMO

Introdução:

Tratando-se de um fenómeno complexo e multifacetado, o suicídio é o resultado da interação de inúmeros fatores. Daqui resulta a atenção para a elevada importância da identificação de sinais de alerta, comportamentos de risco suicidário e a intervenção eficaz, enquanto tarefa importante que poderá salvar vidas. (O.E., 2012).

Objetivo: Determinar e descrever as atitudes e as percepções dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamento da esfera suicidária no serviço de urgência.

Métodos: Trata-se de um estudo em que foi desenvolvida uma revisão integrativa que se define como um tipo de revisão da literatura, que reúne os achados de diferentes estruturas de pesquisa e que requer uma sistematização rigorosa na análise de dados.

Resultados: Foram percorridas as seis fases do processo de elaboração da revisão integrativa, em que foram trabalhados oito artigos, por forma a apresentar uma revisão integrativa acerca do atendimento da pessoa com comportamento da esfera suicidária no Serviço de Urgência. Apesar da natureza dos estudos serem diferentes, foram expressadas conclusões comuns em todos os estudos.

Conclusões: Colocando em destaque a importância da intervenção dos profissionais de saúde em relação à pessoa que faz tentativa de suicídio, variáveis comuns foram mostradas à luz da evidência, nomeadamente, a correlação entre formação e atitudes mais favoráveis considerando assim a formação como uma componente de estratégia de prevenção do suicídio, em que esta deve ser disponibilizada a todos os profissionais de saúde que cuidem das pessoas em questão. Esta deve abordar temáticas como a compreensão, as atitudes, a autoconsciência, a comunicação e os comportamentos. Deve existir também supervisão e suporte regular para estes profissionais. Tendo, em conta, a multidimensão do suicídio, este levanta sempre questões de carácter ético, que todos os paramédicos vivenciam. Serão necessárias mais orientações e diretivas para o atendimento da pessoa com comportamento da esfera suicidária.

Palavras chave: comportamento suicidário; serviço de urgência; atitudes; equipa de emergência

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

Mestrado em Associação

Universidade de Évora, Escola Superior S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja, Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde
Instituto Politécnico de Castelo Branco, Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias

ABSTRACT

Introduction

Being treated a complex and multifaceted phenomenon, the suicide is the result of the interaction of many factors. From here results the attention to high importance to identify the alerts signs, behaviors of suicide risks and an effective intervention, while important assignment that could save lives.

Aim: Determine and describe the attitudes and perceptions of the health professionals against person's care suicide attempt in the emergency department.

Methods: Being a study that was undeveloped an integrative review that is defined as a type of literature review, which brings together findings of different structures of search and requires a rigorous systematization in data analysis.

Results: The six phases of the process of elaborating the integrative review were followed, in which eight articles were worked out, in order to present an integrative review about the care of the person with behavior of the suicidal sphere in the Emergency Department. Although the nature of the studies were different, common conclusions were expressed in all studies.

Conclusions: Emphasizing the importance of the intervention of health professionals in relation to the person making the suicide attempt, common variables were shown in the light of the evidence. In particular, the correlation between training and more favorable attitudes thus considers training as a component of suicide prevention strategy, whereby it should be made available to all health professionals caring for the persons concerned. This should address topics such as understanding, attitudes, self-awareness, communication and behaviors. There should also be regular supervision and support for these professionals. Taking into account the multidimensional of suicide, this always raises issues of ethical character, which all paramedics experience. There is a need for more guidelines and guidelines for care of the person with suicidal behavior.

Keywords: attempt suicide, emergency department, attitudes toward; emergency care staff

INTRODUÇÃO:

O tema objeto de estudo da presente revisão integrativa é o suicídio. Tendo em conta, que o conceito de "atender" é bastante subjetivo na medida em que se refere ao modo como geralmente são atendidos profissionalmente os clientes e que atender é ter em consideração, levar em conta, em última análise é "cuidar de". Eleva-se a necessidade de uma pesquisa ampla tendo em conta este conceito. Não existem normas descritas, de forma padronizada, associadas ao atendimento da pessoa com comportamento da esfera suicidária. Assim, surge a necessidade de pesquisar as atitudes e percepções dos profissionais de saúde que estarão na base, que servem de linha orientadora para os seus comportamentos e pela forma como cuidam destas pessoas em questão. Por outro lado, quando se delimita o cuidar no serviço de urgência esta escolha remete-se ao facto de que este será o espaço físico da primeira abordagem à pessoa com comportamento suicidário. Após pesquisa bibliográfica incluímos as equipas de emergência pré-hospitalar pois estes estão intimamente ligados ao atendimento destas pessoas ainda antes mesmo de darem entrada nos serviços de urgência.

Não existem artigos científicos elaborados com o título "Atendimento da pessoa com comportamento da esfera suicidária no serviço de urgência". Existem artigos acerca das percepções e atitudes dos profissionais de saúde com estas pessoas no serviço de urgência.

Tratando-se de um fenómeno complexo e multifacetado, o suicídio é o resultado da interação de inúmeros fatores. Daqui resulta a atenção para a elevada importância da identificação de sinais de alerta, comportamentos de risco suicidário e a intervenção eficaz, enquanto tarefa importante que poderá salvar

vidas. (O.E, 2012). Através da pesquisa da literatura podemos constatar que a atitude dos profissionais de saúde para com as pessoas que tentaram o suicídio, pode ser um fator de influência na reincidência do ato. (Ouzouni & Nakakis, 2009) e que deverão dar entrada anualmente nos Serviços de Urgência cerca de 20 a 30 mil casos de comportamentos suicidários (Santos & Saraiva, 2009)

Assim torna-se de fulcral importância esta revisão integrativa acerca desta temática, na medida em que o conhecimento gerado levará a uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados de Enfermagem, maior segurança e bem-estar das pessoas com comportamento da esfera suicidária.

Este estudo foi realizado com o objetivo de alcançar respostas para a seguinte questão: o que a literatura de enfermagem diz sobre o atendimento dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamento da esfera suicidária? Assim o objetivo deste estudo foi determinar e descrever as atitudes e as percepções dos profissionais de saúde face à pessoa com comportamento da esfera suicidária no serviço de urgência. Para tal, foi desenvolvida uma revisão integrativa que se define como um tipo de revisão da literatura, que reúne os achados de diferentes estruturas de pesquisa e que requer uma sistematização rigorosa na análise de dados.

DESENVOLVIMENTO

1) Fundamentação teórica;

Segundo a OMS, um ato suicida é o ato pelo qual um sujeito causa uma lesão intencional, independentemente dos motivos que a causam. Por ideação suicida, a existência é entendida de pensamentos persistentes centrados no desejo de cometer suicídio ou no seu planeamento. (Guerra et al. 2012).

O número médio de suicídios é de 7,06 / 100000 habitantes por ano (INE, 2007), embora se acredite que este é um fenómeno sub-declarado e que a taxa real seja muito maior. (Guerra et al. 2012)

Desde muito cedo as atitudes das equipas de emergência face às pessoas com

comportamento suicidário tiveram importância. Foi reconhecido que os níveis de assistência prestada em situações de emergência eram "muitas vezes inaceitáveis". As atitudes ao longo dos tempos têm vindo a melhorar. Os serviços de urgência desempenham um papel fundamental no cuidado aos jovens que tentam o suicídio e na sua reincidência. Existe pouca pesquisa em relação às atitudes dos profissionais face aos jovens com comportamento suicidário. Stengel distinguiu a tentativa de suicídio como um apelo a outras pessoas, um pedido de ajuda. Aqueles que não completam o suicídio são julgados de forma adversa. O sobrevivente de uma tentativa de suicídio é considerado como não sendo sincero na sua intenção suicida (Cleaver, 2014)

De acordo com a Ordem do Enfermeiros (2012), a inclusão das temáticas de Saúde Mental, nomeadamente no que diz respeito a conteúdos sobre o suicídio, nas formações gerais e não especializadas revela-se de extrema importância, uma vez que este pode ser o único ponto de contacto entre a pessoa e o sistema de saúde.

2) Metodologia;

Trata-se de um estudo com colheita de dados a partir de fontes secundárias, com levantamento bibliográfico. Para o levantamento dos artigos na literatura, foram consultadas as bases de dados: B- on, Ebsco host, CINAHL plus with full text, MedLine, Cochrane, MedicLatina, Nursing and Allied Health Collection entre as datas de 11 de Janeiro e 22 de Janeiro do corrente ano, com os seguintes critérios de pesquisa: usando as palavras chave: emergency care staff AND suicide attempt AND emergency department AND attitudes towards. Artigos elaborados entre 2012 e 2018, revistos por especialistas, com texto integral, em língua inglesa, incluindo estudos com jovens e adultos, excluindo os artigos que tratam os comportamentos para-suicidários. Foram encontrados 57 artigos que corresponderam aos critérios de pesquisa, desses quarenta foram eliminados por via da leitura do resumo. Remanesceram os seguintes dez artigos: oito dos artigos foram trabalhados os que estavam em língua inglesa, desconsiderando dois artigos por estarem em outra língua.

3) Resultados;

A amostra final desta revisão foi constituída por oito artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos, em que a tabela 1 representa as especificações de cada um dos artigos. Cada artigo científico foi trabalhado com base no instrumento para colheita de dados validado por Ursi, 2005.

No que concerne ao primeiro artigo, trata-se de uma revisão da literatura, em que a amostra foi constituída por 11 artigos. Trata-se de um estudo com nível de evidência 4. O estudo revelou achados inconsistentes. São necessários mais estudos em relação às equipas de emergência e no contexto de emergência e mais investigação para concluir se o fator idade tem influência nas atitudes. Embora se possa considerar de que as características dos doentes, a educação e a formação parecem ter influência sobre as atitudes em relação aos jovens com comportamentos suicidários. Podemos deste primeiro estudo de que a educação e o treino são citados como um fator que influencia as atitudes (Anderson et al., 2003; Crawford et al., 2003; Dickinson e Hurley, 2011, Timson et al., 2012) Timson et al., 2012 encontraram uma correlação entre conhecimento do pessoal e atitudes negativas, em que quanto mais conhecimento existe menos atitudes negativas são descritas. Os profissionais de saúde do serviço de urgência são descritos como sendo detentores de menos conhecimento, mais ansiedade, expressam mais atitudes desfavoráveis e sentem-se menos úteis quando prestam cuidados com jovens que tentaram o suicídio em comparação com profissionais de saúde da pediatria. Segundo Dickinson & Hurley (2011) as atitudes de antipatia reduzem com o aumento de formação na área do suicídio. Segundo Crawford et al. (2003) participantes deste estudo com mais formação estavam mais preocupados, mas não expressavam atitudes negativas. Os participantes que trabalham nos serviços de pediatria, psiquiatria, enfermeiras especialistas em saúde mental e pedopsiquiatria expressam atitudes mais positivas em relação aos restantes profissionais de outros serviços. O comportamento e método usado para a tentativa de suicídio influencia as atitudes dos profissionais (Dickinson & Hurley, 2011). Anderson et al. (2000) estudaram a relação entre doença mental e o comportamento suicidário e os participantes no estudo não consideraram como doença mental, mas sim como impulso. Rissanen

et al (2011) consideraram que a tentativa de suicídio na adolescência era um comportamento "normal". Foi vista como uma forma de expressar o sofrimento. A imaturidade dos jovens é vista como um fator precipitante para a tentativa de suicídio (Anderson et al., 2003, 2005; Rissanen et al., 2011)

No que diz respeito ao segundo artigo, trata-se de um estudo misto, com nível de evidência 4, com uma amostra de 133 enfermeiros e 53 médicos. A taxa de retorno dos questionários foi inferior a 50%, portanto não se pode avaliar a presença de viés. Este estudo apenas foca doentes por autoenvenenamento, excluindo todos os outros métodos de tentativa de suicídio. Outras pesquisas são necessárias para diferenciar a atitude dos profissionais de saúde em relação a todas as formas de comportamento suicidário. O grande tamanho da amostra deste estudo significa que pequenas diferenças se tornam estatisticamente significativo. Os médicos tendem a ser homens mais velhos, com mais experiência e mais formação na área dos comportamentos suicidários em relação aos enfermeiros. Os resultados foram avaliados em relação às variáveis idade, género, tempo de serviço na urgência, nível de educação e profissão. Foram feitas 2 perguntas abertas aos participantes no estudo, para que descrevem-se as suas perceções e histórias sobre os doentes que se auto-envenenaram. Estes dados foram analisados usando análise de dados qualitativos. Conclui-se que os médicos tendem a ter uma atitude mais positiva em relação a estas pessoas em relação aos enfermeiros. Esta diferença pode ser um reflexo por os médicos terem mais treino. O impacto da formação mostrou-se associado a atitudes mais positivas.

Em relação ao terceiro artigo, trata-se de um estudo qualitativo, com um nível de evidência 5, com entrevista semiestruturada, que explora as perceções e experiências de paramédicos nos cuidados à pessoa com comportamento suicidário, com 11 paramédicos de uma amostra intencional de um grupo de 52, em que 3 tiveram formação em saúde mental. Todos expressaram tensões profissionais, legais e éticas por não terem encaminhamento para uma equipa de saúde mental quando socorriam pessoas que tentaram o suicídio; estarem sozinhos na tomada de decisões (Rees et al. 2015). Os participantes

reconhecem que a sua abordagem pode ser errada e contrariar os padrões profissionais. Expressam sempre o dilema da legalidade e a qualidade das boas práticas, nomeadamente com pessoas que recusaram ser levadas para o hospital. Expressam atitudes paternalistas ao irem contra a vontade do doente. Independentemente do comportamento suicidário os participantes deste estudo assumiram-no sempre como uma tentativa de suicídio. Os paramédicos usam todos os meios para convencer a pessoa a ir para o hospital. Neste estudo, os paramédicos compartilharam a sua experiência de cuidados que são do interesse para decisores políticos, clínicos e doentes. Os princípios éticos e os conflitos precisam ser identificados e resolvidos.

No que diz respeito ao quarto artigo, este trata-se de uma revisão da literatura, com nível de evidência 4, em que foram trabalhados 11 artigos, 3 estudos qualitativos, 2 mistos e os restantes quantitativos. Em que se procurou sistematizar a natureza de atitudes do pessoal em relação às pessoas com comportamentos autodestrutivos, incluindo os fatores que influenciam e o impacto do treinamento sobre atitudes, conhecimento e comportamento do pessoal. As atitudes do pessoal do hospital geral, especialmente os médicos, foram em grande parte negativas, particularmente em relação à pessoa com comportamento autodestrutivo repetidamente. Estes são vistos de forma mais negativa do que outros doentes, exceto aqueles que abusam de álcool ou drogas. O pessoal psiquiátrico em ambientes comunitários e hospitalares apresentou atitudes mais positivas do que a equipa geral do hospital. Atitudes negativas foram mais comuns entre os médicos do que a equipa de enfermagem, embora isso fosse válido apenas para o pessoal geral do hospital. A formação levou a melhorias consistentes em atitudes e conhecimentos em todos os grupos. As intervenções podem ter um impacto positivo e melhorar a qualidade do atendimento ao doente.

Relativamente ao quinto artigo, trata-se de uma revisão da literatura quantitativa sobre as percepções e experiências do cuidar dos paramédicos e equipas de emergência em relação às pessoas com comportamento suicidário, tendo um nível de evidência 4. Apesar das diretrizes que indicam a necessidade de educação e políticas para orientar o pessoal em cuidados da esfera suicidária, há evidências limitadas de que isso aconteça na prática. A falta

de literatura, incluindo em relação aos paramédicos, sugere uma lacuna na nossa compreensão sobre o cuidado destas pessoas.

No que concerne ao sexto artigo, este trata-se de uma pesquisa transversal, em que explora as atitudes dos enfermeiros gregos dos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia, urgência e unidade de cuidados intensivos em relação às pessoas com comportamento suicidário. Trata-se de um estudo com uma amostra de conveniência de enfermeiras registradas e auxiliares (N = 255) trabalhando em quatro hospitais gerais na Grécia. Foi utilizado o questionário ATAS - Q, que é uma escala de likert de cinco pontos, que compreende 8 dimensões. No geral, as enfermeiras mostraram atitudes relativamente negativas. Os entrevistados expressaram ambivalência nas emoções ao cuidar de pessoas com comportamento suicidário. Enfermeiros mais jovens e aqueles com menos experiência de trabalho expressaram mais atitudes favoráveis, bem como aqueles que realizaram uma especialização em enfermagem. Os enfermeiros que tiveram atitudes mais negativas foram os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos e do serviço de urgência. Além disso, os participantes que estudaram suicídio em qualquer momento da vida ou que tiveram um relacionamento com alguém que cometeu suicídio tiveram atitudes mais positivas.

Em relação ao sétimo artigo, este trata-se de uma pesquisa transversal, em que explora as atitudes dos médicos gregos dos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia, urgência e unidade de cuidados intensivos em relação às pessoas com comportamento suicidário. Trata-se de um estudo com uma amostra de conveniência de médicos (N = 206) trabalhando em quatro hospitais gerais na Grécia. Foi utilizado o questionário ATAS - Q, que é um tipo de likert de cinco pontos, que compreende 8 dimensões. No geral, os médicos mostraram atitudes relativamente negativas. Os entrevistados expressaram ambivalência nas emoções ao cuidar de pessoas com comportamento suicidário. Médicos mais experientes e com mais idade expressaram atitudes mais favoráveis, bem como os que trabalham no serviço de ortopedia e cirurgia. Os médicos que tiveram atitudes mais negativas foram os enfermeiros das unidades de cuidados intensivos e do serviço de urgência. Além disso, os participantes que

estudaram suicídio em qualquer momento da vida ou que tiveram um relacionamento com alguém que cometeu suicídio tiveram atitudes mais positivas.

Finalmente o oitavo artigo, trata-se de um texto de opinião, segundo a grelha de Joanna Briggs, com o nível de evidência 6. Este artigo descreve a importância da relação inicialmente estabelecida com a pessoa com comportamento suicidário, bem como as técnicas e atitudes necessárias para garantir que esta seja a ideal. A dimensão emocional na atenção inicial à pessoa com comportamento suicidário não deve ser esquecida, pois desde o primeiro momento é conveniente desenvolver um bom relacionamento com o doente, isso dependerá da relação que se estabelece. É necessário que os profissionais de emergência que inicialmente que cuidam destas pessoas apliquem as técnicas e atitudes necessárias para alcançar uma relação terapêutica.

4) A discussão.

O primeiro artigo descreve que todos os estudos corroboram haver uma relação entre conhecimento e atitudes negativas. O serviço onde se presta cuidados influencia as atitudes dos profissionais. O serviço de urgência prioriza os cuidados físicos. Comportamentos de ajuda está relacionada com a teoria de atribuição de Weiner (1980, 1985) na medida em que os profissionais de saúde percebem que a causa do sofrimento de uma pessoa é ou não controlável. Os participantes do estudo percebem melhor uma tentativa de suicídio num jovem do que num adulto (Rissanen et al., 2011)

O segundo artigo expressa que as atitudes do pessoal do serviço de urgência são positivas em relação às pessoas que dão entrada por auto-envenenamento. Os médicos têm atitudes mais efetivas e mais positivas ao contrário do que é descrito em estudos anteriores (Jeffrey & Warm, 2002) provavelmente por terem mais formação (Sun et al., 2007). A formação na área do autoenvenenamento pode influenciar a prática clínica (Saunders et al, 2012). Estudos anteriores mostram que não existe diferenças entre atitudes dos médicos e dos enfermeiros. McAllister et al., (2009) mostraram que a intervenção educacional em enfermeiros pode ter um efeito positivo em relação ao conhecimento, compreensão e atitude

positiva face às pessoas que fazem tentativa de suicídio. A percepção dos enfermeiros em relação às pessoas que se auto-envenenam vivenciam sentimentos de raiva e frustração (Anderson et al., Friedemann et al., 2006). No entanto, participantes expressam atitudes positivas (Sun et al., 2007; Coulon e O' Touathail, 2012). Assim, considera-se que não existem consenso quanto às atitudes do pessoal porque o método utilizado difere.

O terceiro artigo descreve os conflitos éticos experienciados pelos paramédicos. McSherry, (2012) enfatiza o tratamento voluntário sempre que possível. Beauchamp & Childress (1994) defendem que os quatro princípios devem ser tidos em consideração, a justiça, a autonomia, a beneficência e a não malificência. No entanto, estes princípios não resolvem questões práticas e que são conflituosas entre si. Um programa de treino em habilidades de intervenção suicida pode suportar a tomada de decisão informada para os paramédicos. Este estudo não pode ser generalizado por ser um estudo qualitativo, mas que cria hipóteses para estudos futuros.

O quarto artigo descreve que só apenas em relação às pessoas com perturbação de adição os profissionais têm atitudes mais negativas face às pessoas que tentam o suicídio. As mulheres com comportamento suicidário são vistas de forma mais positiva, com atitudes mais positivas (Hawtow et al, 2003). As mulheres fazem mais tentativas de suicídio, no entanto, os homens têm maior intenção suicida e o risco de suicídio é mais alto. No geral, a formação conduziu à melhoria no conhecimento e nas atitudes. Os médicos internos de Psiquiatria têm cada vez menos experiência de avaliações em situação de emergência (Waddell e Crawford, 2010). Os participantes relatam dificuldade na avaliação no serviço de urgência por não existir espaço para a entrevista, nem privacidade. Alguns estudos descrevem que o isolamento destes doentes ainda os estigmatiza mais (Taylor et al., 2009)

O quinto artigo descreve que os paramédicos são os primeiros profissionais que atendem a pessoa que faz tentativa de suicídio, este atendimento pode determinar uma nova tentativa de suicídio. Segundo Suokas & Lonnqvist, (1989) as atitudes negativas estão relacionadas quanto mais na linha da frente os profissionais estão, que consideram estar relacionado com fatores situacionais. As equipas de emergência estigmatizam mais e os paramédicos têm uma atitude de maior compreensão e solidariedade. Estudos relatam falta de orientações ou

conhecimento de diretrizes McAllister et al. (2002) acerca da gestão da pessoa com comportamento suicidário. São descritas atitudes mais negativas e de mais raiva no pessoal mais experiente (Ghodse, 1978) apesar dos dados serem inconsistentes, correlação significativa entre pessoas mais experientes e uma abordagem empática (McLaughlin, 1994). Estudos mais recentes descrevem atitudes mais positivas no atendimento no serviço de urgência com jovens com comportamento suicidário (Cleaver, 2002).

As pessoas com comportamento suicidário não são consideradas doentes prioritários Cleaver (2002), priorizam apenas os cuidados físicos que são mais rápidos e que provocam mais sofrimento. ¼ dos suicídios precedem-se por comportamentos suicidários no ano anterior Owen et al., (2002). Estes dados devem ser usados para consciencialização dos profissionais, destacando o risco de suicídio em pessoas com comportamento suicidário Owens et al (2002)

Ser crente numa religião foi identificado como fator protetor contra o comportamento suicidário e o suicídio Oliffea et al. (2012). Sun et al. (2007) encontraram relação entre religião e atitudes negativas.

As profissionais de saúde mulheres têm atitudes significativamente mais positivas em relação aos profissionais homens (Mackay, 2004). Estudos mais recentes não encontram diferenças entre o género(McCarth, 2010). Existe uma grande complexidade dos fatores que influenciam as percepções dos profissionais face às pessoas com comportamento suicidário.

Em relação ao sexto artigo este expressa que as atitudes negativas em relação às pessoas que tentam o suicídio está de acordo com outros estudos (Leu, 2002, Hemmings, 1999). As atitudes são um fenómeno complexo, existem outras variáveis que influenciam. Ao contrário do estudo McCann et al (2007) as enfermeiras do serviço de urgência tinham atitudes positivas e simpáticas. Os enfermeiros não entendem os motivos pela qual as pessoas fazem tentativa de suicídio e têm dúvidas que tenham habilidades necessárias para cuidar deles (Dower et al, 2000; Hopkins, 2002). Assim, consideram que deveriam ser cuidados por enfermeiros especialistas em saúde mental. Os enfermeiros não priorizam estes doentes (Happell et al, 2003; McDonough et al., 2003). Mostraram atitude neutra no fator "aceitação", o fator "religiosidade",

bem como o papel profissional e o ambiente de trabalho não afeta a atitude. Não consideram que a tentativa de suicida seja uma atitude manipuladora. Não discriminam as pessoas que fazem tentativa de suicídio como no estudo de McCann et al. (2007). Os enfermeiros expressam ambivalência nas emoções (Palmer, 1993; Hemmings, 1999). O género influenciou as atitudes dos enfermeiros com as mulheres detentoras de atitudes mais positivas em relação aos homens, no entanto não têm significado estatístico. Outros estudos corroboram (Demirkiran, 2006; Eskin, 1997). Enfermeiros mais jovens têm atitudes mais positivas.

Os enfermeiros dos serviços de Medicina expressaram atitudes mais favoráveis, uma vez que tratam sobretudo os casos de sobredosagem medicamentosa, sem necessidade de cuidados de emergência. Os enfermeiros da Ortopedia apresentaram atitudes favoráveis e as atitudes mais negativas foram expressas pelos enfermeiros do serviço de urgência e das unidades de cuidados intensivos. Justificam esta negatividade com o facto do dano causado ter sido intencional e não um acidente. Por outro lado, as unidades de cuidados intensivos expressam essas atitudes negativas pela dificuldade da gestão de vagas. (Suokas & Lonnqvist, 1989).

As atitudes negativas podem afetar e prejudicar a segurança dos doentes.

A formação do pessoal do serviço de urgência e da unidade de cuidados intensivos procura melhorar a consciencialização, promover a implementação de diretrizes e melhorar as atitudes (McCann et al., 2007)

Foram descritos outros fatores que influenciavam as atitudes, tais como, relacionamentos de enfermeiros com pessoas que tivessem já tido comportamento suicidário, onde eram relatadas atitudes mais favoráveis. (Demirkiran & Eskin, 2006)

Variável preditiva: Formação, idade mais jovem e enfermeiras. Trata-se de um estudo transversal, logo não pode ser generalizado.

Em relação ao sétimo artigo os médicos apresentam atitudes relativamente negativas em relação às pessoas com comportamento suicidário, o que vai de acordo com outros estudos (Bailey, 1994; Soukas & Lonnqvist, 1989).

As pessoas com comportamento suicidário relataram percepções negativas de interação com funcionários que se centraram em comportamentos inapropriados, falta de empatia, e por outro lado, outros estudos descreveram experiências positivas associados à preocupação sobre o estado psicológicos dos doentes (Palmer et al., 2006)

Sumuelsson et al (1997) afirmam que as reações terapêuticas dos médicos podem potenciar a interrupção de um processo suicida em curso.

Em relação ao ATAS-Q, no fator positividade, foi expresso um valor alto, mas esta situação pode estar relacionada com o fato de tratarem todos os doentes por igual e não por se tratar de uma pessoa com comportamento suicidário. O fator aceitação, o fator religiosidade, bem como o papel profissional e o ambiente não afetam as atitudes com estas pessoas. No que diz respeito ao fator manipulação, os médicos acreditam que as pessoas que tentam o suicídio são pessoas manipuladoras.

Segundo o questionário não têm uma atitude discriminatória. Expressam ambivalência de emoções para com as pessoas com comportamento suicidário (Alston & Robinson, 1992; Hemmings, 1999).

Médicos mais novos têm atitudes mais desfavoráveis, sentem-se mais stressados. O estudo de O'Brien (1977) corrobora.

Os médicos do serviço de Cirurgia, os do serviço de urgência e os das unidades de cuidados intensivos são os que expressam atitudes mais negativas e os do serviço de Ortopedia as atitudes mais favoráveis.

A formação do pessoal do serviço de urgência e da unidade de cuidados intensivos para melhorar a consciencialização, promover a implementação de diretrizes e melhorar as atitudes (McCann et al., 2007)

Foram descritos outros fatores que influenciavam, tal como relacionamentos de enfermeiros com pessoas que tivessem já tido comportamento suicidário, onde eram relatadas atitudes mais favoráveis. Variável preditiva: Formação. Trata-se de um estudo transversal, logo não pode ser generalizado.

No que concerne ao oitavo artigo podemos de lá extrair de que as tentativas de suicídio anteriores são, obviamente, o fator de risco mais importante, de fato, cerca de 10% dos pacientes com uma tentativa de suicídio acaba por se

suicidar, e 1-2% o fazem no ano seguinte. Também se estima que o risco do suicídio nesses pacientes é 100 vezes maior do que na população geral e que 50% dos suicídios concluídos têm antecedentes de tentativas anteriores.

O contacto inicial com a pessoa com comportamento suicidário é muito importante. Assim a primeira abordagem efetuada pela equipa de emergência deve ter a maior eficiência possível.

Deve-se ter em consideração alguns pontos chave:

Abordar a situação somática da pessoa, com um exame físico completo.

Muitas vezes, o início da abordagem dá-se em local com pouca privacidade. Deve ter-se em linha de conta, procurar um local calmo, de forma a poder manter uma conversa privada e assegurando a privacidade do doente.

Outro fator importante é despende do tempo necessário. As pessoas com comportamentos suicidários precisam de mais tempo para relaxar e eles devem estar mentalmente preparados para a relação.

O profissional que atende emergências psiquiátricas deve mostrar uma atitude de compaixão, confiança, gentileza e calma.

A tarefa mais importante é escutar com atenção.

Para que possa ser feita uma avaliação correta do risco de suicídio, é importante especificar cuidadosamente na história clínica as características da tentativa falhada, o grau de intencionalidade, o plano suicida, as notas de despedida, a atitude sobre o que aconteceu, o método usado ou as circunstâncias em que a tentativa foi feita.

As possibilidades terapêuticas podem ser: o internamento do doente, voluntária ou involuntariamente ou o encaminhamento do paciente para sua casa sob a supervisão da família e posterior acompanhamento ambulatorial.

Não devemos esquecer que a tentativa de suicídio gera na família do doente um alto grau de stress, razão pela qual é fundamental envolver a família e mantê-la informada em todos os momentos.

A comunicação adequada é essencial para alcançar uma relação interpessoal ideal com o doente, sendo necessário a utilização de uma ferramenta fundamental: empatia

Com isso, poderemos transmitir ao utente que é entendido e será ajudado, uma atitude que pode ser considerada como uma ação terapêutica efetiva em si mesma.

Durante a conversa com o doente devem ser usadas frases curtas que fazem o doente sentir que entendemos e levamo-lo a sério. Essas frases podem ser: "Eu imagino", "Eu entendo", "É lógico", "Claro". O objetivo é tranquilizar e estimular a confiança da pessoa afetada por uma forte crise emocional. Não devemos esquecer que a comunicação é composta, além de um

componente verbal que usa linguagem oral ou escritas por outros não verbais e paraverbais tão importantes como as primeiras. A comunicação não verbal transcende a palavra escrita ou falada e constitui uma linguagem intercultural. O profissional deve estar ciente de que as mensagens não verbais que transmite durante o contato com o paciente pode transmitir tanta informação quanto os conteúdos verbais. A expressão facial e os gestos que mostram interesse, aprovação, fadiga ou nojo facilitarão ou prejudicarão as respostas dos doentes. Também não deve esquecer a linguagem paraverbal, entonação e inflexões da voz, distâncias, velocidade em que falamos, pausa ... etc., pois pode ser muito útil para alcançar um processo comunicativo ótimo.

Título do artigo	Autores	Periódico (vol, n°, pág. ano)	Considerações / Temática
Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: A scoping review	Karen Cleaver PhD, MSc, RGN, RSCN	International Emergency Nursing (22) 52–61, 2014.	Determina se os relatos acerca das atitudes das equipas de emergência se estendem aos jovens
A mixed method study to determine the attitude of Australian emergency health professionals towards patients who present with deliberate self-poisoning	Catherine Martin RN, BSc, Rose Chapman RN, PhD, MSc	International Emergency Nursing (22) 98–104, 2014.	Determina a atitude dos enfermeiros e da equipa médica em relação aos doentes que se envenenam e identifica se existem diferenças entre os dois grupos
How do emergency ambulance paramedics view the care they provide to people who self harm?: Ways and means	N. Rees, F. Rapport, H. Snooks, A. John, C. Patel	International Journal of Law and Psychiatry (50) 61– 67, 2017	Explora as perceções e as experiências dos paramédicos que cuidam das pessoas que se auto lesionam
Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review	Kate E.A. Saunders, Keith Hawton, Sarah Fortune, Suhanthini Farrell	Journal of Affective Disorders (139) 205–216, 2012	Avalia a natureza das atitudes da equipa de saúde em relação às pessoas que se auto-lesionam, incluindo os fatores que as influenciam
Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self-harm: A systematic review of the quantitative literature	Nigel Rees, Frances Rapport, Gareth Thomas, Ann John, Helen Snooks	Journal of Psychosomatic Research (77) 449– 456, setembro de 2014	Faz uma revisão sistemática da literature quantitativa sobre as perceções e experiências do cuidar dos paramédicos e equipas de emergência em relação às pessoas que se auto-lesionam
Nurses' attitudes towards attempted suicide	Christina Ouzouni, Konstantinos Nakakis	Health Science Journal.;7 (1):119- 134, 2013	Explora as atitudes dos enfermeiros gregos dos serviços de medicina, cirurgia, ortopedia, emergência e UCI em relação às pessoas com comportamento suicidário
Doctors' attitudes towards attempted suicide	Christina Ouzouni, Konstantinos Nakakis	Health Science Journal. Volume 6, Issue 4 (Out/ Dez.2012)	Explora as atitudes dos médicos gregos face às pessoas com comportamento suicidário
Actitud de los profesionales de las emergencias ante la persona con riesgo de suicidio o conducta suicida	Poley Guerra, Alfredo Jesús, García Velázquez, Mª del Castillo, Pérez Galán, Ricardo José	Revista Científica de la sociedade española de la enfermería de urgencias y emergencias Nº 24, Mar-Abril/ 2012	Descreve a importância da relação inicialmente estabelecido com a pessoa com comportamento suicidário, bem como as técnicas e atitudes necessárias para garantir que esta seja a ideal

Tabela 1 - Artigos levantados nas bases de dados

CONCLUSÃO

Em relação ao primeiro artigo será necessário efetuar mais estudos com amostras constituídas por jovens. É necessário reforçar o elemento formativo, uma vez que existe uma correlação entre formação e atitudes. Considerando assim a formação uma componente de estratégia de prevenção do suicídio.

No que concerne ao segundo artigo, este não estudou a atitude em relação a outro método de tentativa de suicídio. A grande amostra com pequenas diferenças torna-se estatisticamente significativa. Os altos níveis de frustração relatados neste estudo mostram que a equipa precisa de suporte e formação na área do comportamento suicidário.

Relativamente ao artigo três, o princípio da beneficência está em conflito com o direito do doente à autonomia. A adequação da legislação e mais formação na área são necessárias para a melhoria dos cuidados dos paramédicos.

No que diz respeito ao quarto artigo, a inclusão de dados qualitativos e quantitativos permitiu incluir uma gama de estudos e identificar temas consistentes, todavia, limita a comparação. Apenas se conseguem tirar conclusões gerais, em tirar nenhuma intervenção específica para melhorar as atitudes dentro da prática clínica. Sabe-se pouco sobre as características do doente (etnia/status social) e como estas influenciam as atitudes dos profissionais.

Existe uma forte evidência de atitudes negativas face às pessoas com comportamento suicidário que é congruente com estudos anteriores (Taylor et al. 2009).

A formação deve ser disponibilizada a todos os profissionais de saúde que cuidem das pessoas em questão. Esta deve abordar temáticas como a compreensão, as atitudes, a autoconsciência, a comunicação e os comportamentos. Deve existir também supervisão e suporte regular para estes profissionais. Todos os hospitais devem ter orientações previamente estabelecidas para a gestão da pessoa com comportamento suicidário. É necessário determinar quais as intervenções mais eficazes e viáveis na formação do pessoal. Considerando que as atitudes mais negativas são dos profissionais mais experientes sugere-se que a formação tenha de ser reforçada.

Relativamente ao quinto artigo, poucos estudos foram feitos com paramédicos, não existem orientações nem diretivas estabelecidas para seguir. Os profissionais de saúde relataram

nunca ter tido formação na área. Há evidências de que as atitudes estão a melhorar, no entanto as atitudes são multidimensionais. O paramédico pode ser o primeiro profissional a atender a pessoa que tentou o suicídio e a falta de compreensão desse encontro pode estar a descuidar a influência e a contribuição potencial que os paramédicos podem ter no processo.

Tanto do artigo sexto, como do sétimo extraem-se conclusões idênticas, na medida em que os estudos apenas diferem em relação à amostra (no sexto artigo- enfermeiros e no sétimo artigo- médicos). Ambos concluem que é crucial que os enfermeiros e médicos transformem as suas atitudes através do treino, reflexão e supervisão clínica, de forma a que esta seja mais favorável, ajudando a eliminar o potencial de uma nova tentativa de suicídio. As conclusões são justificadas nos resultados.

O último estudo descreve a importância de estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa com comportamento suicidário, dando algumas linhas orientadoras, que obviamente carecem de um mais alto nível de evidência. A relação de ajuda implica ter consciência de si próprio, utilizar estratégias de comunicação eficaz e estar disponível para o doente tornando-se esta experiência desafiadora em contexto de urgência.

Considerando os estudos existentes sobre as atitudes dos profissionais de saúde face ao indivíduo com comportamentos da esfera suicidária, podemos afirmar que são frequentemente relatados comportamentos e atitudes negativas, atribuídos essencialmente à insegurança e falta de conhecimentos, particularmente em contextos de urgência e emergência.

Uma estratégia fundamental da prevenção do suicídio passa por estabelecer com a pessoa em risco uma relação de confiança e empatia que permita a verbalização e exteriorização do sofrimento psicológico, para posteriormente promover uma intervenção especializada e eficaz.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Catherine Martin, Rose Chapman, *A mixed method study to determine the attitude of Australian emergency health professionals towards patients who present with deliberate self-poisoning*, International Emergency Nursing, Volume 22, Issue 2, 2014, Pages 98-104, ISSN 1755-599X, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.002>.

Karen Cleaver, *Attitudes of emergency care staff towards young people who self-harm: A scoping review*, International Emergency Nursing, Volume 22, Issue 1, 2014, Pages 52-61, ISSN 1755-599X, <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.04.001>.

Kate E.A. Saunders, Keith Hawton, Sarah Fortune, Suhanthini Farrell, *Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review*, Journal of Affective Disorders, Volume 139, Issue 3, 2012, Pages 205-216, ISSN 0165-0327, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.024>.

N. Rees, F. Rapport, H. Snooks, A. John, C. Patel, *How do emergency ambulance paramedics view the care they provide to people who self harm?: Ways and means*, International Journal of Law and Psychiatry, Volume 50, 2017, Pages 61-67, ISSN 0160-2527, <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.05.010>.

Nigel Rees, Frances Rapport, Gareth Thomas, Ann John, Helen Snooks, *Perceptions of paramedic and emergency care workers of those who self harm: A systematic review of the quantitative literature*, Journal of Psychosomatic Research, Volume 77, Issue 6, 2014, Pages 449-456, ISSN 0022-3999, <https://doi.org/10.1016/j.ipsychores.2014.09.006>.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamentos da esfera suicidária*. Cadernos OE, Série 1 n.º 4

Ouzouni, C., Nakakis, K. (2009). *Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool* 225 pp:222-231 E-ISSN:1791-809X www.hsj.gr Health Science Journal.

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2012). *Doctors' attitudes towards attempted suicide*. Health Science Journal, 6(4), 663.

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). *Nurses' attitudes towards attempted suicide*. Health Science Journal, 7(1), 119.

Santos, J., Saraiva, C. (2009). *Dia Mundial da prevenção do suicídio*. Disponível em 5 de dezembro: http://www.spsuicidologia.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=127:diamundial-da-prevencao-do-suicidio&catid=58:artigos-cientificos&Itemid=62

Ursi ES. *Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura (dissertação)*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2005